



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

BEATRIZ FERREIRA PINHEIRO FARIAS MARTINS

***PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA DO
ALCOOLISMO CRÓNICO NOS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DR. HERNÂNI CANIÇO
PROF. JOSÉ MANUEL SILVA

MARÇO/2013

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	7
MORTALIDADE E MORBILIDADE	9
CUSTOS ECONÓMICOS E SOCIAIS	11
TIPOS DE CONSUMO: CONCEITOS	12
MATERIAIS E MÉTODOS	16
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)	17
OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL.....	20
O ALCOOLISMO E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	22
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	24
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	25
DETEÇÕES PRECOCES.....	25
CAGE.....	28
AUDIT, FIVE-SHOT e AUDIT-C	28
Outros testes de rastreio	32
CIDI	32
Provas Laboratoriais	33

INTERVENÇÕES BREVES.....	35
Tipos e Componentes das Intervenções Breves.....	36
Intervenções Breves para o Médico de Família e para a Saúde Pública.....	39
PREVENÇÃO TERCIÁRIA.....	42
RECAÍDAS	42
GRUPOS DE APOIO: O EXEMPLO DOS ALCOÓLICOS ANÓNIMOS	44
AVALIAÇÃO DOS EFEITOS FÍSICOS PATOLÓGICOS DO ÁLCOOL.....	47
<i>Doença Hepática e Gastrointestinal</i>	48
<i>Efeitos Neurológicos</i>	49
<i>Patologia Cardiovascular</i>	50
COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS E O ALCOOLISMO.....	51
<i>Alcoolismo e Ansiedade</i>	52
<i>Alcoolismo e Depressão</i>	52
O DOENTE CRÓNICO	56
O DOENTE CRÓNICO NOS CSP	59
ACOMPANHAMENTO SOCIAL.....	60
A FAMÍLIA E O ALCOOLISMO CRÓNICO	62
CONCLUSÃO	66
ANEXOS	72
ANEXO A – CAGE	73
ANEXO B – AUDIT	74
ANEXO C – FIVE-SHOT	77

ANEXO D – As Doze Tradições (Alcoólicos Anónimos).....	78
ANEXO E – Os Doze Passos (Alcoólicos Anónimos).....	80
AGRADECIMENTOS.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	82

ABREVIATURAS

AINES – Anti-Inflamatórios Não-Esteróides

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

BI – *Brief Interventions* ou Intervenções Breves

CDT – *Carbohydrate-deficient Tranferrin* ou Transferrina Deficiente em Hidratos de Carbono

CSP – Cuidados de Saúde Primários

GGT - Gama glutamil transpeptidase

HDA – Hemorragia Digestiva Alta

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

SBI – *Screening and Brief Interventions* ou Detecção e Intervenções Breves

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

TGO – Transaminase glutamico-oxalacética

TGP – Transaminase glutamico-pirúvica

UE – União Europeia

VGM – Volume Glomerular Médio

VPN – Valor Preditivo Negativo

VPP – Valor Preditivo Positivo

RESUMO

Este trabalho pretendeu rever conceitos, modalidades de intervenção e resultados obtidos na Prevenção Secundária e Terciária do Alcoolismo Crónico, a cargo dos Cuidados de Saúde Primários.

A evidência da prática clínica e vários estudos confirmaram que o Alcoolismo responde por muitas consequências de ordem médica e psiquiátrica, mas também social, familiar, laboral e judicial. Para minimizar estes danos, desenvolveram-se programas de deteção e de intervenção ativa sobre os tipos de consumo e o seu contexto epidemiológico, nomeadamente por parte dos Cuidados de Saúde Primários.

Os Cuidados de Saúde Primários beneficiam de uma proximidade ao utente que não existe nos Cuidados Secundários, o que, portanto, viabiliza mais oportunidades de diagnóstico e de intervenção. O seu papel passa, pois, pela redução da probabilidade de uso inadequado do álcool, identificando indivíduos ou famílias de risco; mas também pela redução do consumo nocivo e da dependência, através de Deteções Precoces e Intervenções Breves (Prevenção Secundária); e pela promoção a longo prazo da abstinência e da reinserção social (Prevenção Terciária).

PALAVRAS-CHAVE

Alcoolismo, Cuidados de Saúde Primários, Prevenção Secundária, Prevenção Terciária.

ABSTRACT

This paper sought to review concepts, methods of intervention and outcomes of Secondary and Tertiary Prevention strategies about Chronic Alcoholism, in charge of Primary Healthcare.

Evidence from clinical practice and several studies have confirmed that Alcoholism is the cause of many medical and psychiatric diseases, as well as many social, family, labor and legal problems. To minimize damage, detection and active intervention programs were developed, concerning the types of consumption and its epidemiological context, namely in Primary Healthcare settings.

Primary Healthcare assistance, in contrast to Secondary healthcare, benefits from proximity to the patient and, so, it enables more chances of diagnosis and intervention. Its role is to reduce the probability of alcohol misuse, through the identification of subjects and families at risk; but also to reduce the harmful ingestion and the alcohol dependence, thanks to Screening and Brief Interventions (Secondary Prevention); and to promote long-term abstinence and social reintegration (Tertiary Prevention).

KEY-WORDS

Alcoholism, Primary Healthcare, Secondary Prevention, Tertiary Prevention.

INTRODUÇÃO

O consumo mundial de bebidas alcoólicas (Figura 1) atingiu 6,13L per capita, em 2005, entre indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos (1). A União Europeia (UE) apresentava já a taxa de consumo de álcool mais alta do mundo, num ranking em que Portugal figurava em 8º lugar (2003), com um consumo de 9,6 litros de álcool puro *per capita*, o que correspondia ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas (2).

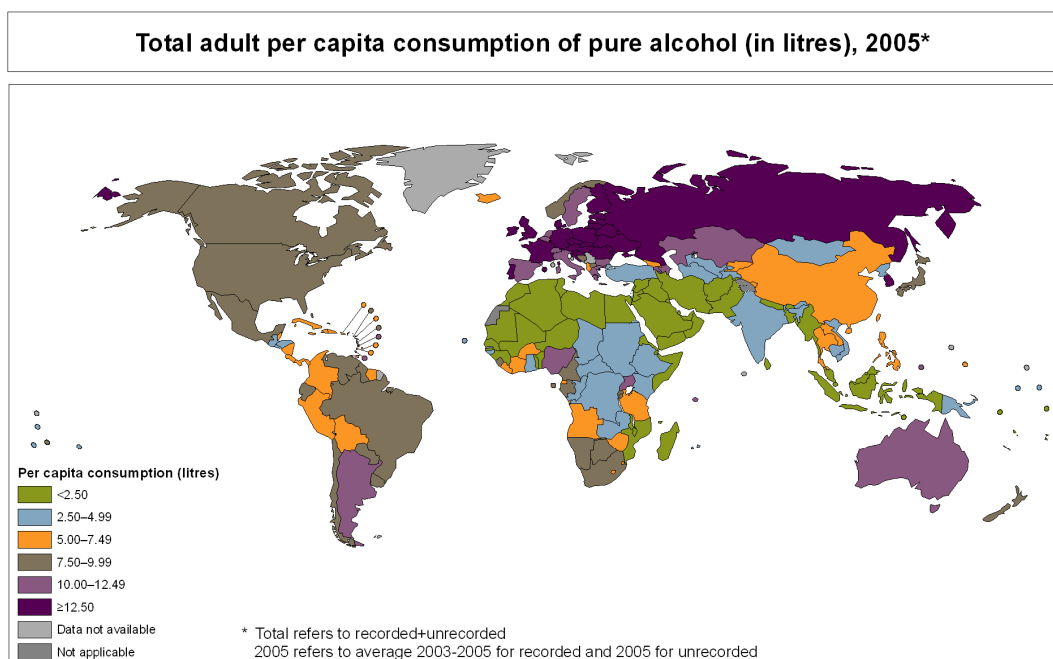


Figura 1 – Consumo total de álcool puro per capita (em Litros), 2005 (1).

Embora o consumo médio de álcool tenha vindo a decrescer na UE, a proporção de jovens e jovens adultos com padrões de consumo nocivos cresceu na última década em muitos dos Estados-Membros. De facto, entre 2001 e 2007, Portugal verificou um aumento de 3,5% na

prevalência do consumo de bebidas (de 75,6% para 79,1%). A figura 2 caracteriza a prevalência deste consumo ao longo da vida conforme o sexo e o grupo etário (3).

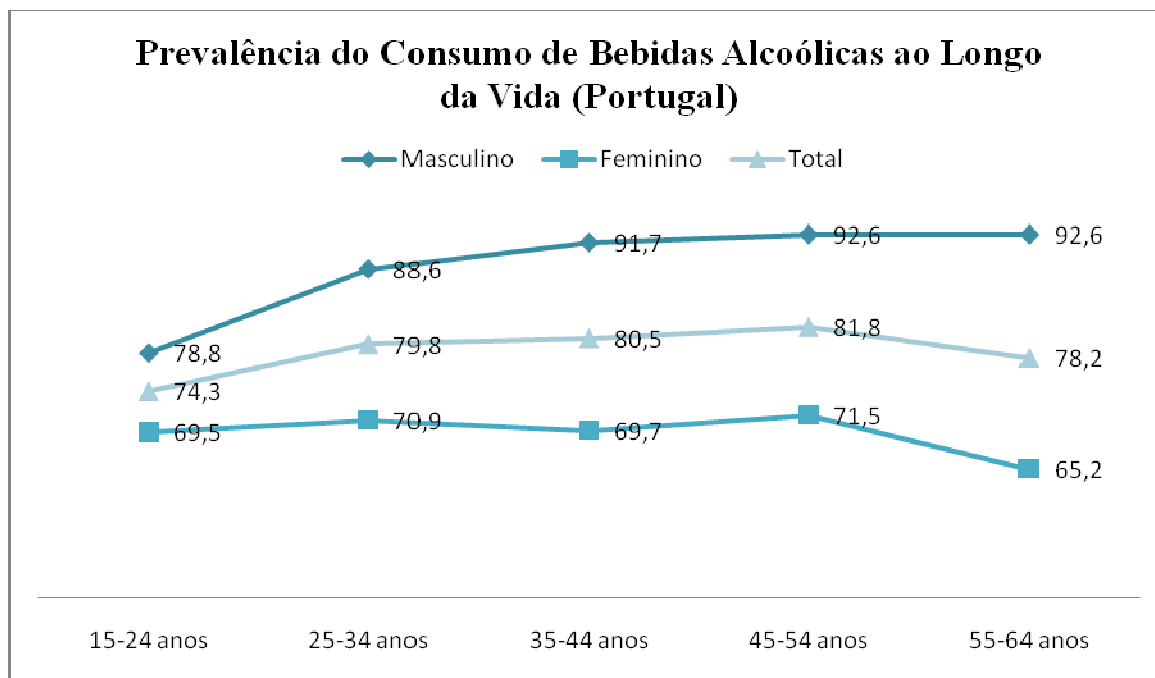


Figura 2 – Prevalência do Consumo de Bebidas Alcoólicas ao longo da vida, conforme o sexo e o grupo etário. Adaptado de: *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2007* (3).

A variação da carga de doença provocada pelo consumo de álcool nos vários países depende, pelo menos, de dois fatores: da quantidade total de álcool consumida no país, para o qual o indicador é o consumo *per capita*, e da forma como o álcool é consumido, ou seja, o padrão de consumo. Os padrões de consumo de bebidas alcoólicas em muitas zonas da UE e, sobretudo, as tendências cada vez mais marcadas entre os menores de idade para o «consumo esporádico excessivo» (*binge drinking*) relatadas em muitos países europeus, poderão ter efeitos perniciosos sobre a saúde a longo prazo e aumentar o risco de danos sociais (4). Destacam-se, pois, os resultados encontrados entre as camadas mais jovens: 38,5% dos jovens

entre os 20 e os 24 anos e 34,6 % dos jovens entre os 15 e os 19 anos confirmaram estado de embriaguez pelo menos uma vez na vida (3).

O álcool afeta, portanto, pessoas que bebem num padrão de consumo nocivo, com danos mas sem dependência, inúmeras pessoas que apesar de não beberem regularmente, apresentam consumos esporádicos excessivos com consequências potencialmente graves, bem como um número incalculavelmente maior de pessoas que sofrem danos sociais, mentais, emocionais e materiais, causados pelo consumo próprio ou de outros (4).

MORTALIDADE E MORBILIDADE

Concretamente, 23 milhões de europeus (5% de Homens, 1% de Mulheres) são dependentes do álcool (5). O álcool causa anualmente 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58,3 milhões (4% do total) de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY, *Disability Adjusted Life Years*) em todo o mundo (6). A evidência da prática clínica e vários estudos confirmam ainda as muitas consequências de ordem social, familiar, laboral e judicial.

De acordo com as estatísticas da União Europeia (UE), o álcool é responsabilizado por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras, com o total de 195 mil mortes por ano no espaço comunitário. A percentagem de mortes atribuíveis ao álcool é maior nas idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos e é mais elevada no sexo masculino (cerca de 25% a 30% do número total de mortes) que no sexo feminino (10% a 15%) (4). A Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos aumentou 1,6% em Portugal Continental entre 2004 e 2009, afastando-se da meta para 2010: 11,4 óbitos por 100 mil (figura 3) (7).

	2004	2007	Taxa de Variação (%)
Continente	12,7	12,9	1,6
Norte	14,2	15	5,5
Centro	14	13,3	-5,0
Sul	11,4	10,8	-5,3
Alentejo	9,4	9,2	-2,1
Algarve	8,7	14,4	65,5

Figura 3 – Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos. Adaptado de: Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010 (7).

De facto, assume-se que o álcool condiciona a ocorrência de milhares de mortes anualmente por acidentes rodoviários (um terço das mortes na estrada), homicídios, suicídios, cirrose hepática ou neoplasias. É ainda responsável por cerca de sessenta tipos de patologias (problemas cardiovasculares e gastrointestinais, neoplasias, perturbações psiquiátricas e demenciais, alterações imunológicas e músculo-esqueléticas), por 60 mil nascimentos abaixo do peso normal e por prejuízos no desenvolvimento cerebral do feto relacionados com défices intelectuais futuros, sendo a maior causa de debilidade mental evitável na Europa (5).

Na maioria dos Estados Membros, os padrões de consumo de alto risco estão a aumentar entre as mulheres. Visto o consumo de álcool ter efeitos sobre o feto logo no início da gravidez, as ações de sensibilização nesta matéria são também de extrema importância (4).

CUSTOS ECONÓMICOS E SOCIAIS

Estima-se que o custo económico resultante da utilização do álcool nas economias desenvolvidas varie entre 0,5% e 2,7% do PIB (8). Calcula-se que os custos tangíveis do álcool na UE em 2003 tenham sido €125 mil milhões, e os intangíveis €270 mil milhões.

Na UE, há 5-9 milhões de crianças que vivem em famílias afetadas pelo álcool: 16 % dos casos de abuso infantil e negligência são causados por cenários de alcoolismo (4).

No que respeita aos acidentes de viação, cerca de um quarto pode estar relacionado com o consumo de álcool e, na UE, estima-se a ocorrência de, pelo menos, 10 mil mortos devido à condução sob o efeito do álcool. 25 a 30% das mortes dos condutores estão claramente associadas a taxas de álcool no sangue excessivas (9). Em Portugal Continental, entre 2004 e 2009, o número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool diminuiu 29,3%, aproximando-se da meta definida para 2010: 0 óbitos por ano (7).

	2004	2007	Taxa de Variação (%)
Continente	358	253	-29,3
Norte	98	67	-31,6
Centro	139	86	-38,1
Sul	121	100	-17,4

Figura 4 – Número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool. Adaptado de: Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010 (7).

Em 1996, a Organização Internacional do Trabalho apresentava uma estimativa de 3 a 5% de dependentes alcoólicos na população trabalhadora e de 25% de consumidores em risco de dependência. De facto, a maioria dos trabalhadores com Problemas Ligados ao Álcool (PLA) no local profissional não é dependente, ocorrendo sobretudo consumos nocivos ou intoxicações pelo álcool, com efeitos deletérios sobre a capacidade de trabalho. O absentismo devido ao álcool ou o consumo de bebidas alcoólicas durante o horário laboral diminuem o desempenho profissional e, por conseguinte, a competitividade e produtividade. Assim, entre as consequências laborais, a OMS estima que o consumo de álcool reduz a produtividade em mais de 10%, por condicionar situações de morbimortalidade entre a população ativa (4). A Organização Mundial de Saúde acrescenta ainda que mais de 25% dos acidentes de trabalho e cerca de 60% dos acidentes de trabalho fatais podem estar associados com o álcool (10).

TIPOS DE CONSUMO: CONCEITOS.

Alcoolismo (Crónico) é um termo em desuso, de significado variável, geralmente utilizado para referir um consumo alcoólico crónico, contínuo ou periódico, caracterizado pela falta de controlo sobre a ingestão de álcool, episódios frequentes de intoxicação, e inquietação com o álcool e sua utilização, apesar das consequências adversas dela decorrentes. O termo foi originalmente cunhado em 1849 por Magnus Huss. Até 1940, referia-se principalmente às consequências físicas de um consumo intenso a longo (Alcoolismo beta na tipologia de Jellinek) (11).

Um conceito mais restrito é o alcoolismo como doença, marcado pela perda de controlo sobre o consumo, causada por uma anomalia biológica pré-existente, e que tem um curso

progressivo previsível. Mais tarde, o termo foi usado por Jellinek e outros para indicar o consumo de álcool que leva a qualquer tipo de dano (físico, psicológico ou social) (11).

A inexatidão do termo levou, em 1979, à adoção de um conceito mais restrito pelo Comité de Especialistas da OMS, o síndrome de dependência do álcool, entre uma ampla gama de problemas ligados ao álcool, os PLA (12).

Alcoolismo não é, pois, incluído como uma entidade diagnóstica na CID-IO, mas, apesar do seu significado ambíguo, é ainda amplamente utilizado como um termo diagnóstico e descritivo. Por exemplo, em 1990, a *American Society of Addiction Medicine* definiu o Alcoolismo como «uma doença primária, crónica, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais que influenciam o seu desenvolvimento e manifestações. A doença é geralmente progressiva e fatal, caracterizando-se por um quadro contínuo ou periódico onde consta: falta de controlo sobre o consumo, preocupação com o álcool, uso de álcool apesar das consequências adversas e distorções no pensamento, principalmente negação» (11).

Porém, para rigor bibliográfico e diagnóstico, o presente artigo utilizará, sempre que possível, os termos considerados pela OMS, para a classificação dos padrões de consumo de álcool: Consumo de risco, Consumo nocivo e Dependência (13).

Consumo de risco ou perigoso (*Hazardous*) é definido como um padrão de consumo, de muita importância em saúde pública, que pode vir a implicar dano físico ou mental, se esse consumo persistir, apesar da ausência de alguma perturbação evidente no utilizador. A intervenção atempada no caso das pessoas cujo consumo é de risco pode prevenir o aparecimento de problemas. De um modo geral, as pessoas não se sentem motivadas, de início, a tomar a decisão de modificar o seu estilo de vida no sentido de reduzir o consumo das bebidas (13). De facto, o consumo regular de bebidas alcoólicas em quantidades

superiores a 2-3 bebidas¹/dia para o homem e 1-2 bebidas/dia para a mulher aumenta a probabilidade de sofrer de doenças diversas, entre as quais se contam as dos aparelhos digestivo e cardiovascular, doenças neurológicas, neoplasias digestivas e da mama e ainda transtornos psiquiátricos (4).

No Plano de Ação Contra o Alcoolismo de 2000 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 novembro), os valores considerados como de “baixo risco” apresentados apontavam para que no adulto saudável não se excedessem, por dia e repartidos pelas duas principais refeições: no homem, 24g de álcool, o que equivale a 25 cl de vinho a 12º ou três copos de cerveja; e na mulher, 16g de álcool, o que equivale a 15 cl de vinho ou dois copos de cerveja (4).

Consumo nocivo (Harmful) define-se como um padrão de consumo que causa danos à saúde, quer física quer mental. Todavia o transtorno não satisfaz os critérios de dependência (13).

Dependência define-se como um padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que pode desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (13).

Tendo em conta os padrões de consumo atuais, é igualmente importante definir os conceitos de Intoxicação Aguda e de *Binge Drinking*. **Intoxicação aguda** é o que muitas vezes se

¹ Os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 10 a 12 g de álcool puro. A quantidade de álcool é, pois, idêntica por copo padronizado de vinho (a 12º), cerveja (a 5º) e destiladas (a 40º), o que permite um cálculo facilitado do total de bebidas ingeridas e por conseguinte a quantificação de álcool consumido (4).

entende como “beber até à embriaguez”. Produz um efeito de deterioração da capacidade de raciocínio, da tomada de decisões e da capacidade de autocontrolo do comportamento. Neste estado, o indivíduo pode apresentar desinibição dos impulsos sexuais e de agressividade favoráveis a discussões, agressões, relações sexuais não protegidas e/ou não desejadas ou abuso sexual, em que a pessoa embriagada tanto pode ser a agressora como a vítima. A deterioração da coordenação motora pode ser causa de acidentes e lesões, nomeadamente acidentes rodoviários e laborais (4).

O consumo esporádico excessivo (**binge drinking**), é o consumo que excede 5- 6 bebidas no homem e 4-5 bebidas na mulher, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a maior probabilidade de sofrer consequências adversas (4).

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho decorre da seleção de artigos científicos pesquisados sobre o Alcoolismo nos Cuidados de Saúde Primários, a partir das plataformas online *PubMed* e *Google Académico*, contemplando o período entre 2004 e 2013.

Foram selecionados prioritariamente os artigos respeitantes às formas de prevenção secundária e terciária com texto completo online ou disponibilizado pelo Serviço de Documentação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. A partir deste processo, a pesquisa foi alargada a outras fontes bibliográficas citadas nos referidos artigos, sob o propósito de esclarecimento de conceitos e de dados estatísticos. Destacam-se os vários relatórios publicados pela Organização Mundial de Saúde (WHO), incluindo algumas publicações anteriores a 2004.

Os artigos relativos à epidemiologia do Alcoolismo em Portugal foram obtidos a partir do *Google Académico* ou das plataformas online de organismos como o Instituto da Droga e da Toxicodependência e o Alto Comissariado da Saúde.

Recorreu-se também a alguns livros de texto sobre o Alcoolismo, disponibilizados pelo Doutor Hernâni Caniço, e à página online dos Alcoólicos Anónimos em Portugal.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)

Em 1978, na Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde definiu Cuidados de Saúde Primários como os *cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase o seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação* (14).

Consistem no primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo ter lugar onde as pessoas vivem e trabalham e ser o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (14).

O foco de atenção na prestação de cuidados de saúde é a pessoa no seu contexto familiar e comunitário e, para além de um trabalho dirigido para a cura e o alívio da doença, há que ter em conta o papel que deverá ser cada vez mais ativo nas áreas de carácter preventivo. O Médico de Família dispõe, assim, de características que beneficiam o contacto com as comunidades (15):

- O médico de família tem acesso a uma população definida e pode identificar com maior facilidade que as pessoas estão expostas a fatores de risco e a fatores protetores, o que constitui um dos aspetos mais importantes de uma ação preventiva.
- O médico de família vê cada utente em média quatro vezes por ano, o que constitui uma excelente oportunidade para o exercício da medicina preventiva.
- Cerca de 65% dos utentes consultam o seu médico de família pelo menos uma vez por ano e 90% pelo menos uma vez em cinco anos.
- Muitas atividades preventivas são mais eficientes quando aplicadas à família.

- A relação médico-paciente/médico-doente que existe em Medicina Geral e Familiar é um dos fatores mais influentes na adesão às atividades preventivas. O médico de família é conhecedor das crenças de saúde dos seus utentes o que lhe permite dirigir a informação, mais facilmente assimilável, sobre determinados conteúdos.
- O médico de família pode gerir melhor as atividades preventivas, combinando-as com o diagnóstico e o tratamento (15).

É hoje aceite, portanto, que os sistemas de saúde assentes numa estrutura sólida de CSP são mais custo-efetivos, apresentam maior equidade e resultam em melhores níveis de saúde e satisfação das populações (16).

O relatório da OMS sobre a saúde no mundo em 2008, *Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca*, avalia de maneira crítica o modo como os cuidados de saúde estão organizados e são financiados e prestados nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento. O relatório preconiza ainda o regresso aos CSP, segundo o desafio global lançado oficialmente pela Declaração de Alma-Ata (17).

Em muitos países, a globalização está a colocar a coesão social sob stress e os sistemas de saúde, enquanto constituintes essenciais da arquitetura das sociedades contemporâneas, não estão a ser totalmente eficazes. De facto, denota-se cada vez mais a incapacidade dos serviços de saúde em prestar níveis de cobertura nacional, em moldes que correspondam às suas expectativas (17).

O mesmo relatório enuncia cinco limitações comuns na prestação de cuidados de saúde:

Inversão de Cuidados. Os indivíduos com maior poder económico, em que as necessidades de cuidados de saúde são muitas vezes menores, consomem mais cuidados, enquanto aqueles indivíduos com menos posses e maiores problemas de saúde consomem o mínimo (17).

Cuidados que empobrecem. Sempre que as pessoas têm falta de proteção social e têm de pagar os seus cuidados de saúde, são confrontadas com despesas incomportáveis (17).

Cuidados fragmentados e fragmentadores. A excessiva especialização dos prestadores de cuidados de saúde e o estreito enfoque de muitos programas de controlo de doença, desencorajam uma abordagem holística aos indivíduos e às famílias com quem lidam e não apreciam a necessidade de continuidade dos cuidados. Os serviços de saúde para grupos pobres e marginalizados são muitas vezes altamente fragmentados e apresentam défices graves de recursos, enquanto a ajuda ao desenvolvimento reforça com frequência essa fragmentação (17).

Cuidados pouco seguros. Um sistema mal pensado e que é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene leva a elevadas taxas de infeções contraídas nos hospitais, juntamente com erros de medicação e outros efeitos adversos que são evitáveis e que constituem causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas (17).

Cuidados mal direcionados. Os recursos são concentrados nos serviços curativos a elevado custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde que poderiam prevenir até 70% do fardo da doença (17).

Um dos desafios que os CSP enfrentam é o próprio mundo em mudança, mas de forma desigual. O aumento da esperança média de vida e a melhoria dos resultados de saúde não se verificam de maneira uniforme. Por outro lado, urge a adaptação a estes novos desafios que são as sociedades globalizadas, urbanizadas e em envelhecimento (17).

Em simultâneo, as tendências atuais comprometem a resposta dos sistemas de saúde estabelecidos, nomeadamente devido a sistemas hospitalocentristas ou a sistemas construídos em torno de programas prioritários, que se tornaram fragmentários (17).

Contudo, a par de tudo isto, a sociedade ganhou em valores e em expectativas. Prima-se, hoje mais que nunca, pela equidade na Saúde, por cuidados que colocam as pessoas em primeiro lugar e que querem garantir cuidados em todas as comunidades, e por autoridades de saúde atentas e de confiança (17).

Outro desafio, sublinhado no referido relatório, é o da promoção e manutenção de uma cobertura de cuidados universal. Tal passa por fasear o desenvolvimento de redes de cuidados primários para corrigir a falta de disponibilidade em determinadas regiões, ultrapassar o isolamento de certas populações e criar serviços alternativos. Com estas medidas, a equidade em saúde torna-se mais real, mas também se aumenta a visibilidade para muitas das iniquidades em saúde (17).

Por fim, o relatório não esquece a necessidade de políticas de saúde adequadas, com comprometimento dos governos locais em iniciativas nacionais de saúde pública, adaptadas à realidade económica de cada país (17).

OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

O aparecimento dos CSP em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979.

O sucesso da implementação dos cuidados de saúde primários em Portugal foi claro e com evidentes ganhos em saúde. A evolução, entre 1960 e 2002, de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal, ou os anos de vida

potencial perdidos ilustram de forma clara os ganhos que se conseguiram alcançar neste período (16).

A cobertura generalizada do território nacional pelos CSP é então conseguida após a criação do SNS em 1979. No entanto, este modelo de gestão e organização da prestação de cuidados, perante uma deterioração da capacidade de resposta, procurou uma nova forma de organização e de remuneração que se vieram a traduzir na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários que se iniciou formalmente em 2005 (16), com Centros de Saúde de 3ª geração.

Esta reforma abrange a reorganização local dos cuidados, com destaque para as Unidades de Saúde Familiar (USF) recentemente criadas, sem desvalorizar as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e para a reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o conseqüente desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde (16).

A estrutura dos ACES inclui, além das USF e das UCSP, e dos órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de outras estruturas funcionais: Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Assentando embora na tríade clássica de profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo – os ACES, levados ao seu limite, deverão vir a englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional, tanto diretamente sob a sua alçada como através de contratualização específica (16).

É proposto que se continue a trabalhar para que a oferta de CSP aos cidadãos se reforce, se diversifique e se generalize a nível nacional. Assim, importa não só estabelecer metas e traçar estratégias para alargar a reforma a todo o país mas também aumentar o âmbito de prestação de cuidados, quer alargando a oferta a áreas em que a cobertura por parte do Serviço Nacional de Saúde é deficitária, quer introduzindo ou reforçando atividades relevantes nos CSP (16).

Propõem-se ainda algumas áreas específicas de intervenção que se consideram estar hoje subvalorizadas e, desse modo, justificando intervenção diferenciada até à sua estabilização no tecido estrutural do sistema de saúde, nomeadamente nas áreas que em seguida se discriminam: Cessação tabágica, Comportamentos alimentares, Saúde mental, Saúde sexual e reprodutiva, e Saúde oral (16). Sublinha-se a ausência do Alcoolismo, o que se estranha, face aos indicadores de consumo existentes, embora se admita a sua inclusão nos comportamentos alimentares.

O ALCOOLISMO E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O médico de família, integrado numa equipa de cuidados de saúde primários e dada a natureza e continuidade de cuidados que presta, está numa posição privilegiada para uma prática preventiva sustentada por evidências científicas adequadas. Entre os procedimentos preventivos utilizados pelo médico de família, contam-se a deteção oportunista de casos e os programas de rastreio. O alcoolismo figura, pois, como uma patologia de importância major, cuja deteção e instituição de tratamento atempadamente beneficiaria numa redução da morbimortalidade e no ganho de qualidade de vida associada (15).

Estudos sugerem que cerca de 20% dos utentes que utilizam cuidados primários são consumidores excessivos (18). Um estudo recente levado a cabo na área da Grande Lisboa, confirma os dados internacionais, tendo encontrado uma prevalência provável de consumo alcoólico nocivo de 23,4%, entre os utentes (com utilização do teste de rastreio AUDIT-C) (19). Na rotina diária, a maioria destes consumidores excessivos não são diagnosticados. Habitualmente apresentam-se com sintomas ou problemas que aparentemente não estão associados diretamente ao consumo de álcool e os médicos de família têm por vezes

dificuldade em identificar estes consumidores excessivos. Estes doentes consultam os seus médicos de família duas vezes mais do que um utente médio com queixas gastrintestinais, psiquiátricas e por acidentes ou traumatismos, não se estabelecendo atempadamente a relação entre os consumos e as referidas queixas (18).

O potencial de deteção e intervenção na redução dos PLA (Problemas Ligados ao Álcool) foi demonstrado em vários países, nomeadamente através da utilização de questionários de deteção e com intervenções breves (20). Entre os benefícios de fazer uma deteção atempada encontra-se o facto de os utentes que não são dependentes poderem parar ou reduzir os seus consumos com adequada intervenção (21).

Em suma, os Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente em Portugal, enquanto estruturas de proximidade a uma população onde urge o combate à alcoolização, são serviços privilegiados para a deteção e sinalização do consumo excessivo de álcool de forma precoce. A sua utilidade é confirmada pela literatura mais atual (19).

Estabeleceu-se então que o médico de família deve intervir em equipa nas situações de consumo de risco, de consumo nocivo e de dependência alcoólica, se se verificarem comorbilidades psiquiátricas, complicações clínicas ou limitações sociais. Deve ainda estar atento para a necessidade de referenciação para cuidados secundários perante dependentes alcoólicos com tratamentos anteriores, com risco de privação moderada ou severa, com comorbilidade psiquiátrica, sem suporte familiar ou com uso regular de outras substâncias aditivas (22).

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Apesar do presente artigo procurar focar-se na prevenção secundária e terciária do alcoolismo, é importante definir o papel da prevenção primária, segundo as 3 fases de intervenção estabelecidas por Leavell e Clark.

A prevenção primária passa por medidas de ordem legislativa e económica, que possam limitar o «acesso», medidas de ordem informativa e educativa, que limitem a «procura» e por medidas de ordem geral de educação para a saúde, que promovam a saúde (23).

Estabelecer programas de promoção da saúde em conjunto com os vários setores da comunidade, promovendo estilos de vida saudável, nomeadamente no que diz respeito aos hábitos alimentares e de diversão (onde a ingestão de bebidas alcoólicas está presente), é seguramente uma forma importante de intervir. A sensibilização dos médicos de família para o investimento nesta causa, nomeadamente nas consultas de vigilância de hipertensão, diabetes, saúde materno-infanto-juvenil, é da maior importância na prevenção de danos. Estar alerta a grupos e consumos de risco pode evitar danos futuros para a saúde do indivíduo e encargos desnecessários para a sociedade (15).

Estádio da Doença	Nível de Prevenção	Tipo de Resposta
Antes da doença potencial	Prevenção Primária	Promoção da Saúde e Proteção específica
Doença Latente	Prevenção Secundária	Pré-sintomática Diagnóstico e Tratamento
Doença Sintomática	Prevenção Terciária	Limitar consequências Reabilitar

Figura 5 – Os três níveis de prevenção de Leavell e Clark (24).

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Entramos então no âmbito da prevenção secundária que se caracteriza por medidas de intervenção precoce no diagnóstico e tratamento imediato dos indivíduos já atingidos (23). O médico de família tem ao seu dispor ferramentas, como os testes de rastreio e as intervenções breves que lhe permitem sinalizar doentes e desde logo iniciar a parte motivacional com intuitos terapêuticos (15).

O tipo de tratamento (em ambulatório ou internamento) terá de ser decidido, caso a caso, consoante o tipo de consumo, o grau de dependência e o estado geral de saúde do indivíduo. O centro de saúde, de maior acessibilidade, deve articular-se com serviços ou comunidades terapêuticas, de forma a dar uma resposta eficaz, perante um doente que facilmente se desmotiva. Os grupos de autoajuda, como os de alcoólicos recuperados, são de extrema importância na área motivacional e na continuidade do tratamento, tal como importantes são o acompanhamento das famílias do doente alcoólico e iniciar, tão breve quanto possível, a sua reinserção social e laboral (15).

DETECÇÕES PRECOSES

Para auxiliar os clínicos no combate ao alcoolismo e suas consequências, foram desenvolvidos vários instrumentos que permitem um rastreio sistemático de PLA, no universo extenso de triagem de patologias médicas e psiquiátricas ao qual o médico de família deve estar atento. De facto, a limitada disponibilidade de tempo para a deteção de consumos e conseguinte intervenção figura como um dos principais entraves à sua aplicação generalizada. Contudo, as deteções ou rastreios não se aplicam a qualquer patologia. Exige-se que ela reúna determinadas características que justifiquem a sua abordagem (25):

1. Deve condicionar uma morbidade importante;
2. Deve existir tratamento disponível;
3. O tratamento iniciado em indivíduos em risco ou nas fases precoces da doença deve ser mais eficaz do que o tratamento iniciado posteriormente;
4. A patologia rastreada deve ter uma prevalência importante na comunidade que justifique o custo de uma intervenção precoce.

Deseja-se ainda que o teste de rastreio mostre uma elevada sensibilidade e uma elevada especificidade (25).

Pelas suas implicações, o alcoolismo e os problemas de si decorrentes justificam, pois, o desenvolvimento de métodos de rastreio eficazes. Entre eles, encontram-se vários questionários (CAGE, AUDIT, AUDIT-C, FIVE-SHOT, TWEAK, entre outros) que, com uma sensibilidade entre os 69 e os 95% e uma especificidade que varia entre os 71 e os 90%, permitem rastrear uma larga maioria da população, identificando grupos com possíveis consumos de alto risco, abuso e dependência (19).

O AUDIT e o CAGE surgem como os mais eficazes. Os meios de diagnóstico laboratorial exigem, ainda, estudos mais aprofundados de eficácia (26).

A deteção deve ter lugar apenas em espaços onde uma intervenção possa ser feita, no imediato ou pouco tempo depois, se perante um consumo de risco ou nocivo. Não estabelece, contudo, o diagnóstico (26).

Vários estudos referiram, porém, que ao nível dos CSP o rastreio se encontra em níveis bastante inferiores ao desejado. Nos E.U.A., um estudo demonstrou que, apesar de 88% dos médicos afirmarem rastrear o consumo de álcool junto dos seus pacientes, apenas 13% utilizava um questionário formal de rastreio e, mesmo nos indivíduos com rastreio positivo,

uma correta abordagem e referenciação não era realizada. A utilização de meios de diagnóstico laboratorial apresenta uma utilização ainda mais reduzida (19).

Esta reduzida utilização dos instrumentos de rastreio é justificada pelos clínicos por: conhecimento e capacidades insuficientes para lidar com o problema, noções pessimistas acerca da utilidade do rastreio e receio que os seus doentes se sintam ofendidos com as questões e que isso, conseqüentemente, acabe por fragilizar a relação médico-doente (27). No entanto, estudos realizados a nível internacional, mas também em Portugal, parecem não concordar com esta preocupação dos clínicos, demonstrando uma grande abertura dos doentes em relação ao tema (28).

Em Portugal, um estudo exploratório recente, que cobriu uma amostra de 224 utentes de centros de saúde na área da Grande Lisboa, com mais de 16 anos, trouxe resultados que não apoiam o paradigma dos doentes rejeitarem ou se ofenderem com a realização de rastreio e aconselhamento sobre consumos abusivos. A análise efetuada mostra mesmo que mais de 80% dos indivíduos estão recetivos ao rastreio (quer através de questionário, quer através de análises bioquímicas) e ao aconselhamento. Além disso, os dados demográficos e o score AUDIT-C não parecem ser preditivos da opinião dos utentes acerca do rastreio de alcoolismo: os doentes em risco de desenvolver PLA não apresentam respostas diferentes quanto à recetividade ao rastreio, apoiando assim a sua presença universal na prática clínica (19).

Outro dos grandes entraves apontados pelos médicos generalistas a uma mais ampla utilização dos questionários de rastreio é o tempo reduzido de que dispõem para cada consulta e a multiplicidade de tarefas que lhe são impostas (19).

CAGE

CAGE (*Chronic Alcoholism General Evaluation*) refere-se ao acrónimo de um instrumento de rastreio de alcoolismo. É constituído por quatro questões diretas (ver Anexos) (29). Uma resposta positiva deve aumentar a possibilidade de PLA, mas a maioria dos investigadores usa duas ou mais respostas positivas como critério de rastreio, isto é, como cut-off (30). Tem uma sensibilidade entre 61% e os 100% e uma especificidade entre os 77% e os 96%, sendo os valores mais baixos relativos à sua aplicação nos Cuidados de Saúde Primários. Um inconveniente do CAGE reside no facto de os itens questionados sobre a diminuição do consumo (*Cut down*), o sentimento de culpa (*Guilty*) e, até certo ponto, o incómodo causado por outras pessoas (*Annoyed*), levarem a falsas respostas positivas, nomeadamente em alcoólicos recuperados, que abandonaram o consumo. Para remediar esta limitação, propôs-se que se questione se os problemas identificados ocorreram no último ano (31).

AUDIT, FIVE-SHOT e AUDIT-C

A OMS criou, em 1989, o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), que foi validado em vários países, incluindo Portugal (32), com o objetivo de identificar precocemente consumidores excessivos de álcool. Este questionário foi construído de forma a ser adequado aos Cuidados de Saúde Primários, permitindo detetar níveis variados de consumo de uma forma rápida e simplificada (ver Anexos) (33).

A utilização do AUDIT original encontrou uma sensibilidade de 97% e uma especificidade de 78% para consumo de risco e uma sensibilidade de 85% e especificidade de 85% para consumo nocivo, quando um *cut-off* maior ou igual a oito foi usado. Uma variedade de subpopulações foi estudada com doentes de Cuidados de Saúde Primários, serviços de emergência, consumidores de substâncias ilícitas, desempregados, estudantes universitários,

doentes idosos hospitalares e pessoas com estrato socioeconómico baixo. O AUDIT teve boa discriminação numa variedade de contextos, mas é mais adequado para a deteção de consumidores de risco e nocivos e está essencialmente direcionado para os Cuidados de Saúde Primários (33).

Em comparação com outros testes, o AUDIT foi considerado o mais fiável e, apesar da evidência em mulheres ser reduzida, é um instrumento apropriado para ambos os sexos (33).

As pontuações do AUDIT correlacionam bem com dimensões que têm que ver com consequências das bebidas, atitudes com consumos e vulnerabilidade para a dependência alcoólica. Alguns estudos consideraram que existe uma relação entre as pontuações do AUDIT e indicadores de futuros problemas relacionados com o álcool, de ordem médica e social (33). Por exemplo, em 1993, um estudo de Claussen *et al* mostrava uma probabilidade 1,6 vezes superior de desemprego por um período de dois anos para indivíduos com uma pontuação do AUDIT superior a 8, comparado com indivíduos com pontuação inferior (34).

Seppa *et al* desenvolveram, em 1988, o questionário Five-Shot (ver Anexos) com a finalidade de detetar consumidores de risco e nocivo, combinando dois itens do AUDIT sobre quantidade de consumo e três itens do questionário CAGE, que correspondem aos três diferentes tipos de questões no AUDIT (consumo de risco, sintomas de dependência e consumo nocivo de álcool). O instrumento foi testado na população adulta de meia-idade e, apesar de ter melhores resultados do que o CAGE, a sua utilidade entre outros grupos populacionais e mulheres ainda não foi demonstrada (33).

O Questionário AUDIT foi validado em Portugal, num trabalho intitulado “Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool”, que correspondeu a um estudo de validação de instrumento de medida (32). Nesse estudo, as versões em língua inglesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot foram

traduzidas para a língua portuguesa e, para a validade de critério utilizou-se, como golden standard, a entrevista estruturada seguindo a metodologia proposta na versão inglesa da *Composit International Clínical Interview* (CIDI da OMS), assim como a avaliação clínica efetuada que se designou por *diagnóstico clínico* (32).

O AUDIT mostrou ser um instrumento adequado para a identificação de indivíduos com consumo excessivo de álcool na população estudada. Para além das boas qualidades psicométricas demonstradas no estudo, o instrumento é fácil de aplicar (preenchimento rápido), bem como de cotar e de interpretar. O Five-Shot apresentou resultados inferiores, ainda que aceitáveis. Pode concluir-se que a versão portuguesa do AUDIT seria a mais adequada para a identificação de doentes com consumo excessivo de álcool (32).

O AUDIT C, por seu lado, inclui só as três primeiras questões de quantificação do AUDIT. Porém, ambos os testes tiveram valores equivalentes no que se refere à sensibilidade e especificidade para detetar consumo de risco entre homens e mulheres em CSP. Para os homens, o melhor score de cut-off era de 5 (sensibilidade 92,4%; especificidade 74,3%) e nas mulheres o melhor score de cut-off era de 4 (sensibilidade 90,9% e especificidade 68,4%) (33).

As primeiras três questões do AUDIT, que foi desenhado para identificar consumos de risco e nocivo nos Cuidados de Saúde Primários, foram bem testadas e validadas (35). A primeira pergunta é sobre a **frequência dos consumos**; a segunda é sobre a **quantidade de álcool num dia normal de consumos** e a terceira sobre a **frequência de episódios de consumo pesado**. A identificação de consumo de risco e nocivo resulta melhor quando é incorporada nas consultas de rotina, questionando novos doentes, quando se inscrevem, todos os doentes quando vêm a uma consulta de avaliação de estado geral ou todos os homens entre os 18 e os 44 anos quando vêm a uma consulta. Não há evidência que confirme que a identificação

sistemática dos consumidores de risco ou nocivos provoque efeitos adversos tal como desconforto ou insatisfação por parte dos doentes (33).

Os homens cujo valor da pontuação AUDIT-C seja de 5 ou superior e as mulheres cujo valor da pontuação seja de 4 ou superior devem completar os dez itens do AUDIT para uma avaliação mais completa. Assim, e apesar da existência de uma vasta gama de outros instrumentos com sensibilidades e especificidades razoáveis (ver no seguimento), pelo facto do AUDIT ter sido especificamente desenhado para os CSP, tem maior aplicabilidade neste âmbito, assim como o AUDIT C, que é mais curto e de mais rápida utilização (33).

O Questionário AUDIT pode administrar-se como entrevista verbal ou através de autopreenchimento. Um questionário de autopreenchimento consome menos tempo, é fácil de administrar e pode traduzir respostas mais precisas. As entrevistas permitem esclarecer cada pergunta, podem realizar-se com doentes cuja capacidade de leitura é limitada e permitem uma comunicação sobre esta matéria continuada com o doente, facilitando a própria Intervenção Breve (33).

Ainda que se possam identificar os doentes com consumo de risco e nocivo em qualquer momento, existem algumas situações em que se deve realizar a identificação, nomeadamente (33):

- Durante o registo de um novo doente;
- Antes de prescrever um medicamento que interage com o álcool;
- Em resposta a problemas clínicos e sociais que podem estar relacionados com o consumo de álcool.

Em geral, recomenda-se que todos os profissionais de cuidados primários, dos médicos de família aos enfermeiros, participem na identificação dos cenários de alcoolismo, assim como de programas de Intervenções Breves (33).

Outros testes de rastreio

Existem ainda outros testes válidos que resultam de combinações entre CAGE e AUDIT, bem como de versões curtas do AUDIT. Além do Five-SHOT, surgiu o FAST (Fast Alcohol Screen Test), o MALT (Münchener Alkoholismus Test), o MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), o BMAST (Brief MAST), o TWEAK (Tolerance, Worry, Eye opener, Amnesia Cut down), e o ISCA (Interrogatório sistemático de Consumo de Bebidas Alcoólicas) (33).

Porém, concluiu-se que os questionários mais eficazes são o AUDIT e o CAGE, demonstrando características essenciais para a sua validação e para garantia dos resultados, enquanto instrumentos de rastreio viáveis, sensíveis e específicos, com alto VPP e alto VPN, e com poder de resposta e de interpretação (35).

CIDI

Contudo, a OMS definiu um outro método, como o golden standard na deteção de alcoolismo. Em conjunto com o NIAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*), o NIH (*National Institutes of Health*) e o NIMH (*National Institute of Mental Health*), sob o programa *Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care*, a OMS desenvolveu a **Entrevista de Diagnóstico Estruturada** para doenças mentais ou **CIDI**, (do *Composite International Diagnostic Interview*). Esta ferramenta tem sido utilizada como instrumento epidemiológico a nível internacional, de boa fiabilidade e validade (36). O CIDI consiste, pois, numa entrevista estruturada que procura recolher a informação necessária para o preenchimento dos itens de critério de diagnóstico tal como definidos pelo CID-10 e pelo DSM-IV.

O “diagnóstico clínico” tende a revelar maior sensibilidade que a entrevista estruturada do CIDI, resultando na identificação de maior número de indivíduos com consumo excessivo (36).

Provas Laboratoriais

Tradicionalmente, o volume globular médio (VGM), a gama glutamil transpeptidase (GGT) e as transaminases glutamino oxaloacética e glutamino pirúvica (TGO e TGP) são provas bioquímicas usadas para identificar doentes com consumo elevado de álcool. A utilização da transferrina deficiente em hidratos de carbono (CDT) foi proposta mais recentemente (33).

A necessidade de testes laboratoriais objetivos, que respondam à ingestão excessiva de álcool com sensibilidade e especificidade, está largamente reconhecida. Apesar de uma vasta gama de parâmetros bioquímicos se encontrar alterada no indivíduo alcoólico, nenhum demonstrou, até agora, precisão diagnóstica suficiente (37).

De facto, estas provas laboratoriais não são o método ideal de deteção ou rastreio, principalmente nos CSP, onde os questionários aplicados aos utentes em contexto de rastreio oportuno, têm resultados melhores em termos de sensibilidade e especificidade que os testes bioquímicos. Contudo, estes últimos constituem bons indicadores de lesão ou dano, nomeadamente hepático, facilitando o seguimento de doentes com valores elevados e a monitorização do sucesso do tratamento. São úteis como reforço positivo nos doentes que estão a reduzir o consumo ou que estão abstinentes no contexto da dependência alcoólica (33).

No que respeita à especificidade, valores elevados estão geralmente associados ao consumo excessivo de álcool e, deste modo, perante resultados bioquímicos aumentados, o médico de

família deve estar atento para um possível cenário de consumo nocivo ou de dependência de álcool (33).

Pesquisas recentes trouxeram novas pistas sobre as relações entre a ingestão alcoólica, os biomarcadores e os fatores que podem afetar a sua validação diagnóstica: o sexo, a idade e os efeitos da ingestão moderada e da obesidade. Foi sugerido que os intervalos de referência para os vários parâmetros sensíveis ao consumo deveriam ser revistos (38).

A CDT é atualmente o marcador mais sensível de abuso de álcool (38). Além disso, considerou-se a possibilidade de usar combinações de marcadores, de forma a melhorar a sensibilidade sem sacrificar a especificidade do diagnóstico. Por exemplo, a equação formulada matematicamente a partir dos resultados da GGT e da CDT surge elevada numa percentagem maior de alcoólicos do que na determinação isolada da GGT ou da CDT (38).

Definiram-se ainda novos potenciais biomarcadores como os metabolitos minor do etanol, o 5-hidroxitriptofol e marcadores genéticos, apesar de por agora a sua aplicação na rotina clínica ser limitada (38).

INTERVENÇÕES BREVES

O termo Intervenção Breve é aplicado tanto em formas mais curtas de tratamento a cargo do especialista hospitalar e dos serviços de alcoologia, como nas intervenções dos médicos de família, para quem o consumo do álcool representa uma preocupação junto dos seus utentes. É o segundo que representa uma ferramenta, em constante debate, nos CSP. Poder-se-ia considerar, no seu lugar, o termo Intervenção Breve Oportunista, dado consistir numa intervenção posta em prática durante a oportunidade que a consulta representa, num espaço não diretamente relacionado com problemas ligados ao álcool, mas que lhe oferece aconselhamento e assistência para reduzir o consumo ou manter a abstinência (39). Por conveniência, no entanto, este tipo de atividade será chamado simplesmente de Intervenção Breve (ou BI, *Brief Intervention*).

A BI é dirigida, pois, a dois alvos distintos: consumidores de risco, cujo nível ou padrão de consumo aumenta o risco de efeitos nocivos do álcool, e consumidores nocivos, que incorrem já em danos de saúde, mas que não reúnem critérios para serem encarados como dependentes ou denunciam apenas baixos níveis de dependência de álcool (39).

Uma vez que, por definição, estes indivíduos não procuram ativamente ajuda para resolver um problema com o álcool, é necessário um rastreio (*Screening*), como abordado anteriormente, que defina o nível de consumo e/ou a presença de problemas relacionados ao álcool ou outra forma de identificação antes que as BI possam ser oferecidas.

Os estudos sobre eficácia das SBI (*Screening and Brief Interventions*, ou seja, a aplicação conjunta da deteção e da intervenção breve) apresentam resultados particularmente positivos no contexto dos cuidados de saúde primários (40), face a utentes com consumo de risco ou com consumo nocivo. Uma metanálise de 2005 concluiu que as BI são eficazes em reduzir os consumos dos doentes seis e doze meses após a intervenção, com particular preocupação

sobre as condições reais de trabalho do médico de família (33). Estima-se que o seu NNT² (número necessário para tratar) seja de 8, valor otimista se compararmos por exemplo com o NNT do aconselhamento para cessação tabágica: 20 ou 10, respetivamente sem ou com terapia de substituição de nicotina (33).

Isto representará um benefício em termos de saúde pública, uma vez que o impacto das SBI a cargo dos CSP cobre necessariamente uma percentagem satisfatória da população.

Tipos e Componentes das Intervenções Breves

Segundo o **Ciclo da Mudança** de Prochaska e Di Clemente (41), o doente passa por um conjunto de etapas que correspondem à evolução do seu comportamento e da sua motivação. É importante para o clínico identificar a fase em que o indivíduo se encontra e adequar a sua intervenção às características da fase (33).

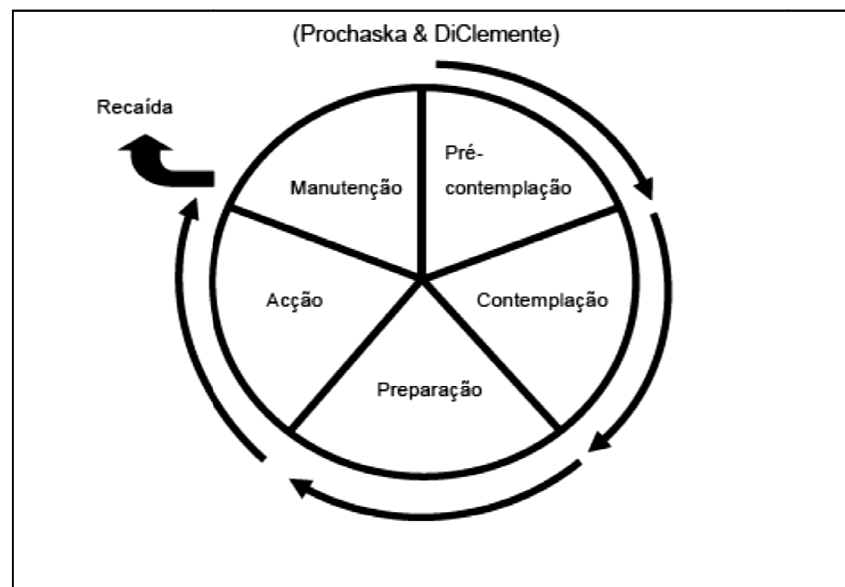


Figura 6 – Ciclo de Mudança (33).

² NNT: número de bebedores de risco ou nocivo que necessitam de receber Intervenção Breve para que um reduza a sua forma de beber para níveis de baixo risco.

Essas etapas são as de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Haverá doentes sem consciência do problema e, portanto, sem motivação para mudar (**pré-contemplação**). Numa fase seguinte, na fase de **contemplação**, prevalece a insegurança e sentimentos ambivalentes. O doente não tem a certeza de querer modificar o seu comportamento e o clínico, por seu lado, deve manifestar compreensão e aceitar isto como um comportamento normal, explorando a questão no sentido de a resolver e de permitir que o doente encontre razões para mudar. A **preparação** ocorre quando a decisão é tomada e há um plano que começa a ser executado. A quarta fase, de **ação**, ocorre quando o doente muda de comportamento. A quinta fase diz respeito à **manutenção** deste comportamento (33).

A **Entrevista Motivacional**, um tipo de BI, é uma abordagem flexível, centrada no utente que explicitamente evita dar conselhos. O objetivo é permitir que o doente progrida no sentido da preparação para a mudança, reforçando as suas preocupações com o problema (33).

Se seguir os princípios e técnicas da Entrevista Motivacional, o profissional centra a abordagem no doente e deixa-o, portanto, conduzir o processo, evitando a confrontação. Deste modo, avalia melhor em que fase se encontra o processo de mudança e ajusta a intervenção às suas necessidades e interesses em vez de oferecer ajuda, informação e conselhos de uma forma direta (33).

A Entrevista Motivacional pode ser utilizada igualmente para abordar outros contextos relacionados com hábitos e estilos de vida (como o consumo tabágico), guardando 7 princípios fundamentais (33):

- 1. Expressar empatia** – é importante perceber a perspetiva do doente e deixar fora do espaço de consulta juízos de valor ou críticas;
- 2. Identificar discrepâncias** – ou seja, ampliar as diferenças entre o comportamento presente e as metas;

3. **Gerir a resistência à mudança** – envolvendo o doente no processo de resolução do problema;
4. **Evitar confrontos diretos** – a imposição de perspetivas não é frutífera;
5. **Promover a confiança e a capacidade do doente;**
6. **Colocar perguntas abertas** – leva o doente a falar, a dar informações importantes sobre o que pensa;
7. **Refletir e sintetizar** – explorando e sintetizando em voz alta o que está a ser comunicado, de forma a reforçar os aspetos mais relevantes e ligá-los entre si no sentido de promover a mudança.

Contudo, não há um único modelo de BI. O termo aplica-se a um leque variado de intervenções que diferem, nomeadamente em duração e teor (42). Por exemplo, o **Aconselhamento Estruturado Breve** é normalmente empregue em situações limitadas pelo tempo disponível, como na consulta de medicina geral e familiar, e compreende uma intervenção imediata após o rastreio. A intervenção dura tipicamente entre 5 e 10 minutos e geralmente consiste num conjunto standard de informação que deverá abordar os níveis de consumo de risco, o consumo do paciente em causa, os potenciais incentivos para reduzir o álcool consumido e um prazo para fazê-lo, assim como algumas dicas simples para alcançar o objetivo, nomeadamente recorrendo a material de autoajuda (43).

Intervenções Breves para o Médico de Família e para a Saúde Pública

Há duas maneiras de justificar a gama de Intervenções Breves no Alcoolismo. A justificação clínica foca-se nos interesses do paciente ou utente. Procura uma prevenção primária, se se tratar de uma intervenção precoce, ou uma prevenção secundária que minimize ou diminua os danos de um padrão nocivo de consumo (43). Mesmo que o paciente não responda favoravelmente de imediato, a intervenção pode iniciar um processo, descrito pelo Modelo Transteórico, segundo o qual o indivíduo passa através de várias fases de mudança, as *stages of change*, guardando um potencial de evolução favorável (41).

Este primeiro tipo de justificação é de maior apelo para os profissionais médicos, centrados particularmente com a saúde e bem-estar dos seus pacientes. A saúde pública, no entanto, procura a redução global dos efeitos nocivos do álcool em toda a população, travando os PLA em si e reduzindo o consumo de álcool em círculos populacionais. Calcula-se que uma oferta generalizada das SBI entre consumidores excessivos seria, de facto, rentável, pesando o custo e o benefício da mesma (43).

Contudo, a justificação clínica não é necessariamente dependente da justificação de saúde pública. Por outras palavras, se concluíssemos que a aplicação generalizada de SBI não tem uma eficácia demonstrável em termos de saúde pública, nomeadamente através de taxas de mortalidade, de morbilidade ou de infrações rodoviárias atribuídas ao alcoolismo ou estado de embriaguez, isso de modo algum prejudicaria a justificação clínica para oferecer SBI aos pacientes, com o objetivo de melhorar a sua saúde, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, a título individual (43).

Porém, de facto, foi impossível certificar a eficácia das SBI na redução dos PLA, por falta de evidências empíricas no que respeita ao seu emprego generalizado e à sua certificação como medida detetável a nível comunitário ou populacional. Estudos correlacionais, nomeadamente

entre o tratamento e o nível de danos causados pelo consumo alcoólico, mostraram-se igualmente insuficientes na abordagem das SBI. Neste cenário, estima-se que os benefícios em termos de saúde pública seriam demonstráveis se as SBI fossem largamente implementadas em toda uma população. Ainda assim, precisar-se-ia de mais segurança a partir de pesquisas de longo prazo, na perspectiva de que a redução do consumo trazida pelas BI seria documentalmente sustentada, num plano populacional e não apenas no indivíduo (43).

Não há evidência que, até ao presente, qualquer sistema nacional de saúde tenha alcançado o grau de penetração das SBI necessário para se registarem efeitos num plano populacional, apesar destas figurarem, por exemplo, nas guidelines inglesas para tratamento do consumo de risco ou nocivo e serem recomendadas pelo *National Institute on Alcohol and Alcoholism*, nos E.U.A., como plataforma de referenciação para um tratamento especializado (*SBIRT, SBI with referral to treatment*) (44).

Programas nacionais de *screening* em massa podem ter o impacto desejado mas, de acordo com o NSC (*National Screening Comitee, UK*), para que tal programa veja todas as condições satisfeitas, é necessário provas que as SBI resultam numa redução da mortalidade e da morbidade relacionadas com o álcool, e o desenvolvimento de um teste de rastreio simples, seguro, preciso e válido, que defina *à priori* os critérios padrão a serem medidos. Seria igualmente necessário apurar se uma aplicação generalizada das SBI seria politicamente aceitável quer por profissionais de saúde, quer pelo público em geral (44).

A par do constante debate sobre a extrapolação de resultados, as SBI encontram um problema de validação na persistência do seu potencial de eficácia, pelo que carecem de estudos a longo prazo que cimentem conclusões. Além disso, é importante determinar os componentes mínimos necessários de uma BI eficaz, na prática médica, em que pode haver desvio do protocolo terapêutico. Outra questão fundamental é compreender em que contextos ou com

que populações, diferentes modelos de BI podem ser mais eficazes. Por fim, a colaboração e o trabalho de tradução entre profissionais de saúde, nomeadamente, entre médicos de família e investigadores, para potenciar a sua aplicação prática e o desenvolvimento de novas estratégias, representam um reforço para a incorporação das SBI no tratamento do alcoolismo (44).

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

A prevenção terciária tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoce e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos. Atendendo à associação entre incapacidade e doença crónica, a prevenção terciária implica o tratamento (e controlo) das doenças crónicas. Assim, o nível terciário de prevenção corresponde, basicamente, à «gestão» dos estados de doença (45).

No contexto do consumo patológico de álcool, refere-se às medidas terapêuticas que limitam as sequelas da doença, relativas à reintegração social do alcoólico tratado, à sua readaptação à sociedade e a implicação desta no seu processo de reajustamento (23). Após o programa terapêutico anterior, é fundamental o acompanhamento do doente alcoólico tratado, intervindo sempre que necessário no auxílio relativo à mudança de hábitos e comportamentos, com o intuito da prevenção das recaídas ou da redução de danos. Também aqui os grupos de autoajuda e a continuidade do programa de reinserção assumem um papel de grande relevância (15).

RECAÍDAS

A evolução dos conceitos e das abordagens alterou a noção de Recaída, dissociando-a pouco a pouco da Realcoolização pontual. Esta nova noção de retoma de um consumo, que não estigmatiza nem a quantidade nem a maneira de beber, caracteriza-se pela ingestão de bebida alcoólica nos momentos que se seguem ao desmame. Assim, poder-se-ia considerar dois conceitos distintos: a Realcoolização como o retomar de um consumo sem semelhanças com o anterior e a Recaída como o reaparecimento dos sinais de dependência ou de alcoolização

patológicas e das suas consequências. Tratando-se de um ou de outro, este será um episódio de difícil gestão para o doente e para o médico (46).

É fundamental que o clínico não dramatize ou dê um sentido definitivo e irreversível ao sucedido. No decorrer do processo de desintoxicação e reabilitação, as realcoolizações são frequentes, particularmente por dificuldades psicossociais e não tanto por perturbações psicobiológicas devidas à abstinência. O médico deve focar a sua atenção na análise conjunta das condições dessa Realcoolização, que poderão potenciar uma Recaída (46).

Por outro lado, a banalização do novo consumo pode, ao invés, prejudicar a tomada de consciência para o problema e promover a negação no doente alcoólico. O clínico deve ainda evitar censurar ou desistir do doente, assim como querer dar início a um novo desmame de imediato, sem que uma fase de preparação e uma fase de maturação tenham lugar (46).

De facto, qualquer uma das atitudes suprarreferidas revelam falta de preparação para a abordagem do doente alcoólico. O médico deve ter presente que a Realcoolização precede a recaída, como tentativa de reactivar um relacionamento com o álcool “igual ao de toda a gente”. Consoante a fase em que se encontra o doente, torna-se necessário, em primeiro lugar, atribuir a devida importância à realidade do acontecimento e, em seguida, pesquisar e analisar as características da retoma do consumo: o momento em que ocorreu, a situação ou os sinais premonitórios, qual o efeito do álcool no reconsumo, quais as reações no meio envolvente, quanto tempo até ser considerado um novo pedido de ajuda. Esta análise deve permitir a retoma do projeto com uma nova fase de desmame ou eventualmente a negociação do tratamento, para redefinir outras modalidades de apoio. É importante tranquilizar e explicar que a Realcoolização é uma fase frequente do percurso, o que permite que o doente tome consciência da dificuldade do processo. É ainda fundamental avaliar episódios idênticos precedentes, se existirem, e fazê-lo tomar consciência das progressivas mudanças operadas pelas realcoolizações na percepção da sua dependência (46).

A Recaída é um momento difícil para o médico de família, que pode sentir-se tentado a reproduzir precipitadamente o esquema do desmame anterior. O novo processo terapêutico até à abstinência prepara-se com um novo objetivo, que terá de ser retrabalhado junto do paciente. O médico pode, pois, estabelecer parcerias e mobilizar recursos comunitários para o efeito, nomeadamente através de referência para centros de cura ambulatória de Alcoologia, para grupos de apoio (como os Alcoólicos Anónimos), para centros especializados que tenham assegurado um internamento anterior do doente e com quem este possa restabelecer o contacto, ou mesmo para o médico do trabalho (46).

Há que ter sempre em mente que o tratamento dos consumidores abusivos não consiste apenas em evitar que voltem a consumir, mas também em ajudá-los a reestruturar uma vida sem álcool. A Realcoolização e a Recaída são passagens quase obrigatórias que deverão sublinhar o processo de mudança (46).

GRUPOS DE APOIO: O EXEMPLO DOS ALCOÓLICOS ANÓNIMOS

Os grupos de apoio a indivíduos com consumos problemáticos de álcool tornaram-se parceiros no acompanhamento de doentes alcoólicos dependentes. Os profissionais de saúde, nomeadamente os Médicos de Família, podem ser convidados a participar nas suas atividades ou podem sentir necessidade de estabelecer relações com estes grupos por uma questão de indicação posterior aos seus doentes (46).

Quase todas as associações deste género dispõem de várias representações a nível nacional e, eventualmente, internacional, sendo algumas reconhecidas como instituições de utilidade pública. Trabalham frequentemente e cada vez mais, em estreita colaboração com as estruturas de cuidados especializados em recíproca complementariedade (46).

Assim, os grupos de apoio representam uma mais-valia porque disponibilizam:

- Competências para estabelecer contacto e tomar consciência da doença;
- Preparação para o tratamento;
- Seguimento durante e após a desintoxicação, mesmo no seio da família, no meio profissional e no meio médico;
- Transferência e uma identificação facilitadas;
- Ajuda mútua para adquirir e manter a abstinência;
- Um porto de abrigo sem álcool numa sociedade em que este está sempre presente (46).

Criados em 1935, os Alcoólicos Anónimos (AA) prosperaram lado a lado com muitos grupos de apoio e interajuda, contando atualmente com mais de 2 milhões de membros espalhados por mais de 150 países (47). Os AA tornaram-se uma organização de referência de alcoólicos em recuperação, que oferece apoio emocional através de grupos de interajuda e de modelos de abstinência para indivíduos dependentes de álcool, graças a uma estrutura baseada no Programa das 12 Tradições (ver anexo) (48), e através de uma abordagem em Doze Passos (49).

Os Doze Passos são, pois, o núcleo do programa de recuperação individual dos AA, baseado na experiência dos primeiros membros. Aceitar os "Doze Passos" não é, porém, de forma nenhuma obrigatório. Eles representam, ainda assim, uma aproximação à vida que é totalmente nova para a maioria dos alcoólicos e muitos membros dos AA sentem que este programa é uma necessidade prática para manterem a sua sobriedade (ver anexo) (50).

A ascensão e a queda destes grupos dependem, por vezes, da liderança carismática de um indivíduo cuja personalidade inicialmente mobiliza e inspira muitos, mas cujas fraquezas

pessoais podem também enfraquecer e determinar o fim da organização. Outros grupos falham por se verem relacionados com grupo religiosos, partidos políticos ou de uma forma ou de outra, por verem a sua credibilidade questionada (48).

As ameaças à sobrevivência dos AA são as mesmas que poderiam minar qualquer grupo de recuperação: a perda da liderança, ausência de consenso sobre o programa, a infidelidade e instabilidade no programa, a profissionalização do programa, questões financeiras, e os limites de inclusão e exclusão de participação (48).

A pesquisa sobre a eficácia dos Alcoólicos Anônimos (AA) é controversa e está sujeita a interpretações muito divergentes. Um artigo de revisão publicado em 2011 organizou a eficácia dos AA segundo seis critérios: a magnitude do seu efeito (A), o efeito dose-resposta (B); a consistência do efeito (C); a temporalidade dos efeitos (D); a sua especificidade (E); e a sua plausibilidade (F). As provas para os critérios A, B, C, D e F revelaram-se sólidas:

- As taxas de abstinência são cerca de duas vezes maiores entre aqueles que frequentam os AA, o que corresponde à magnitude (critérios A);
- Os níveis mais elevados de assiduidade estão relacionados com maiores taxas de abstinência, ou seja, com o efeito dose-resposta (critérios B);
- As relações encontradas segundo os critérios A e B verificaram-se para amostras diferentes, em períodos de acompanhamento diferentes, demonstrando consistência (critério C);
- A frequência das sessões dos AA é preditiva de abstinência subsequente (critério D);
- Os mecanismos de ação previstos pelas teorias de Mudança de Comportamentos estão presentes nas sessões de AA, conservando a sua plausibilidade (critérios F).

No entanto, a evidência experimental rigorosa que define a especificidade (critério E) do efeito das sessões não é conclusiva segundo a revisão supracitada. Dois ensaios encontraram

efeito positivo, contra um ensaio de resultado negativo e outro ensaio que revelou um efeito nulo. Outros estudos, com abordagem estatística do critério especificidade, obtiveram dois resultados contraditórios e dois resultados que relataram efeitos significativos para os AA após o ajuste de fatores com potencial de interferência, como a motivação intrínseca para a mudança (51).

A frequência destes grupos de interajuda está, de facto, associada com a redução dos consumos e com melhorias do funcionamento psicossocial em indivíduos com distúrbios do consumo de álcool. Esta premissa motivou um outro estudo sobre o mecanismo inerente a estas associações. Um dos mecanismos explicativos postulados foi a redução da impulsividade. A impulsividade foi definida como um comportamento de fraco autocontrolo, com uma autorregulação deficitária da cognição e da motivação, e uma tendência para responder a estímulos com pouca premeditação. Traços relacionados com impulsividade são fatores de risco importantes para consumos excessivos de álcool, mas também fortes preditores dos resultados psicossociais. Este estudo concluiu, pois, que a frequência de reuniões de AA durante mais de 1 ano e durante mais de 16 anos está associada a uma diminuição da impulsividade, em homens e mulheres (52).

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS FÍSICOS PATOLÓGICOS DO ÁLCOOL

A avaliação dos efeitos nocivos do álcool é um componente importante na prestação especializada de cuidados de saúde, que procura, por um lado, identificar os problemas de saúde que requerem atenção imediata e referenciação para uma unidade de cuidados médicos agudos, e, por outro, os problemas de saúde que são consequência direta do consumo abusivo do álcool e que requerem acompanhamento e eventual referenciação (53).

A relação entre os danos físicos do álcool e o seu nível de consumo é complexa, como é, de forma geral, a presença de manifestações clínicas em relação à patologia subjacente. Consequentemente, pacientes com uma dependência alcoólica arrastada e grave podem evidenciar pouca semiologia, mas ter efetivamente danos orgânicos subjacentes significativos (por exemplo, doença hepática alcoólica). Outros podem, por seu lado, apresentar sintomas ou sinais importantes (como um quadro de gastrite ou uma hipertensão arterial), e que podem ter resolução uma vez que o consumidor cesse a ingestão de álcool (53).

Doença Hepática e Gastrointestinal

A doença hepática alcoólica (da esteatose à hepatite e à cirrose hepática) desenvolve-se frequentemente em silêncio por mais de 10 a 15 anos e os testes de função hepática (transaminases) podem mostrar alterações apenas em estágios bastante avançados da doença. Como referido, a normalidade dos resultados laboratoriais não exclui, de facto, a existência de lesão hepática. Para além disso, um valor aumentado de TGP pode resultar da indução das enzimas hepáticas pelo álcool, e não necessariamente de patologia hepática estabelecida. Também os níveis séricos da GGT e da TGO podem estar aumentados em indivíduos com consumos abusivos de álcool, sem que, no entanto, isso indique a presença de lesão orgânica significativa (53).

Pacientes com sinais de doença hepática grave (como icterícia, ascite, hematomas espontâneos ou encefalopatia hepática) precisarão de referenciação urgente para cuidados médicos secundários num serviço de Gastroenterologia (53).

Quadros de anorexia, vômitos, náuseas, diarreia e sinais de malabsorção são comuns em indivíduos com consumo excessivo de álcool. Muitos destes quadros podem encontrar resolução no tratamento do distúrbio alcoólico, mas indivíduos com dor importante ou

evidência de hemorragia digestiva precisarão de ser referenciados para investigação aprofundada (53).

Efeitos Neurológicos

A doença hepática crônica, abordada anteriormente, afeta centenas de milhares de pessoas em todo o mundo, e a maioria destes pacientes irá desenvolver eventualmente complicações decorrentes da hipertensão portal associada. A Encefalopatia Hepática (EH) é uma destas complicações, recorrente e de difícil abordagem terapêutica, que afeta 30 a 45% dos pacientes com cirrose e que precisa, pois, de seguimento hospitalar (54). Consiste num síndrome neuropsiquiátrico complexo, potencialmente reversível, decorrente de doença hepática crônica ou aguda. As manifestações clínicas são variadas, desde alterações neurológicas mínimas até ao coma (55). É importante, contudo, reconhecer que a EH é normalmente reversível e que um fator precipitante pode ser identificado e tratado com sucesso, com uma resolução do problema em mais de 80% dos pacientes. O diagnóstico do fator precipitante passa pelo exame físico e por exames laboratoriais e imagiológicos: hemograma, testes de função renal, eletrólitos, radiografia do tórax, sumária de urina, hemocultura e eventualmente análise do líquido ascítico. Na maioria dos casos que chegaram aos cuidados intensivos, 50% apresentaram culturas positivas, pelo que a infecção é considerada a causa mais frequente de EH (54).

A EH mantém-se, porém, como um desafio para o gastroenterologista, mas também para o médico de família e para o sistema de cuidados de saúde (54). A baixa aderência aos protocolos de tratamento tem aumentado o custo que a patologia representa nos sistemas de cuidados de saúde. Um estudo americano mostrou que mais de 10% dos pacientes (3,5 mil)

são hospitalizados anualmente por complicações decorrentes da baixa aderência terapêutica (56).

A Encefalopatia de Wernicke (EW), por seu lado, apresenta classicamente uma tríade de sintomas: ataxia, confusão e oftalmoplegia. Na prática clínica, contudo, este quadro ocorre numa minoria de casos. Dada a severidade da lesão cerebral (do síndrome Wernicke–Korsakoff), os médicos precisam de ter um índice de suspeição elevado, particularmente em doentes malnutridos e que apresentam os seguintes sinais: oftalmoplegia, nistagmus, estado confusional agudo e, mais raramente, hipotensão ou hipotermia. Paciente com o diagnóstico presumido de EW precisará de tratamento imediato e de referenciação para cuidados hospitalares (53).

Sintomas de neuropatia periférica são comuns (30-70%) entre consumidores excessivos, com predomínio dos sintomas sensitivos: parestesias, dor e hiperestesia, com uma distribuição em “bota e luva”, primariamente nos membros inferiores. Verifica-se ainda fraqueza muscular. Estes casos devem ser seguidos e eventualmente referenciados se não se verificarem melhorias com a abstinência alcoólica (53).

Patologia Cardiovascular

O álcool tem um efeito dose-resposta sobre a pressão arterial, além de se verificarem aumentos da mesma durante a suspensão da ingestão no alcoólico. O paciente com hipertensão e que se encontra já medicado com um anti-hipertensor precisará de rever a sua medicação, consoante os progressos do tratamento (53).

COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS E O ALCOOLISMO

O Álcool está fortemente associado a um vasto leque de problemas de saúde mental, particularmente à Depressão e à Ansiedade, mas também a distúrbios do sono, a distúrbios alimentares, a quadros psicóticos e a situações de automutilação/comportamentos suicidários. Além disso, muitos pacientes apresentam défices das funções cognitivas, que podem passar despercebidos sem uma investigação sistemática das mesmas. A presença de stress psicológico (*distress*) e/ou de uma comorbilidade psiquiátrica, particularmente se não detetados, podem implicar um impacto substancial no compromisso terapêutico, não se conseguindo alcançar plenamente o objetivo do tratamento (53).

A avaliação e o diagnóstico das comorbilidades psiquiátricas representam um desafio clínico importante. Alguns sintomas podem ser resultado direto do consumo alcoólico excessivo ou da sua interrupção e estes tendem a reduzir-se uma vez alcançada a abstinência. Os mesmos sintomas, porém, podem igualmente resultar de uma comorbilidade que requer tratamento paralelo, mas a sua presença pode piorar os comportamentos de abuso. Finalmente, há comorbilidades (por exemplo, a Ansiedade Social e algumas formas de défice cognitivo) que não são aparentes durante os períodos de consumo, mas que se tornam visíveis, uma vez alcançada a abstinência, pelo que podem condicionar a manutenção do tratamento (53).

Apesar de muitos sintomas de Depressão e Ansiedade poderem ser diretamente atribuídos ao consumo alcoólico, muitos indivíduos detêm um efetivo diagnóstico de distúrbio psiquiátrico. Por exemplo, 85% dos pacientes em serviços de desintoxicação alcoólica no Reino Unido apresentavam uma ou mais comorbilidades psiquiátricas, 81% tinham distúrbios de humor e/ou afetivos, e 53% tinham distúrbios de personalidade. Estes resultados não são surpreendentes, uma vez que os mecanismos neurobiológicos subjacentes à Depressão/Ansiedade e ao Alcoolismo são semelhantes, particularmente na interrupção do

consumo. Além disso, há fatores de risco partilhados que sugerem que a presença de uma patologia aumenta o risco de ocorrência da outra (53).

Alcoolismo e Ansiedade

Existe uma elevada prevalência de comorbilidade entre a Ansiedade e o consumo alcoólico. Distúrbios de Ansiedade e Dependência Alcoólica demonstram uma relação causal recíproca ao longo do tempo, com a Ansiedade a conduzir o indivíduo para um quadro de dependência e vice versa (53).

Os distúrbios de Pânico e a Ansiedade Generalizada podem surgir durante os períodos de consumo abusivo de álcool. Esta associação é, porém, menos consistente com os Transtornos Obsessivo-Compulsivos. A Fobia Social e a Agorafobia, por seu lado, precedem muitas vezes o consumo abusivo de álcool (53).

A prevalência de Ansiedade Social alcança 8 a 56% nos consumidores excessivos de álcool, sendo a comorbilidade psiquiátrica mais prevalente nesta população. Indivíduos com Dependência Alcoólica e que têm concomitantemente um Distúrbio de Ansiedade Social, apresentam mais sintomas de dependência, índices superiores de Depressão e maiores dificuldades nas redes de apoio social, em comparação com os indivíduos dependentes sem Ansiedade diagnosticada (53).

Alcoolismo e Depressão

Kerte et al. concluíram que o risco do indivíduo com Depressão ou Alcoolismo desenvolver a segunda patologia é 2 a 4 vezes maior do que o risco da população em geral (57). De facto, Alcoolismo e Depressão são comorbilidades que os profissionais de saúde frequentemente encontram associadas (58).

A abordagem e tratamento do paciente com o duplo diagnóstico representam um desafio para o clínico. Os dados das diretrizes sobre o tratamento desta população são limitados, mas não deixam, porém, de advogar que uma abordagem integrada do indivíduo pode ser eficaz na resolução do Alcoolismo e dos sintomas depressivos. A avaliação contínua e o tratamento devem ser, portanto, personalizados ao paciente. A utilização de antidepressivos associada a terapia psicossocial pode aumentar a eficácia terapêutica global. Psicoterapias, como as terapias motivacionais e cognitivas, uma vez combinadas e adaptadas, podem melhorar os resultados do tratamento em pacientes com quadros de alcoolismo e depressão sobrepostos (59). Hall (2012) defende, porém, que para se alcançar melhores resultados o alcoolismo deveria ser tratado primeiramente (57).

Apesar de todas as faixas etárias estarem em risco, estudos mostraram uma associação mais forte (mais de 8%) em indivíduos mais velhos (58). Apesar do desenvolvimento da psicogerontologia, a depressão entre os idosos continua a ser subdiagnosticada e, frequentemente, não tratada, ampliando todo o impacto que a sintomatologia tem no doente e na família. Como referido, é diagnosticada associada ao alcoolismo, mas também a doenças somáticas, a transtornos de ansiedade e a um elevado risco de suicídio (60).

Estudos recentes sublinham, contudo, a importância de distinguir os Episódios Depressivos Independentes das Depressões induzidas por substâncias, aquando da avaliação dos síndromes depressivos no contexto de consumo abusivo de álcool. De facto, alguns episódios de Depressão Major são temporários e ocorrem apenas no contexto de ingestão excessiva, ao passo que outros episódios de Depressão Major são de maior duração e verificam-se independentemente do consumo alcoólico (61).

Alterações na capacidade de empatizar nas relações sociais, associadas a uma reduzida capacidade de encontrar soluções eficazes para problemas interpessoais, têm sido debatidas

como fatores relevantes que contribuem para o desenvolvimento e manutenção de transtornos psiquiátricos, como a dependência alcoólica e a própria depressão (62).

Os grupos de alto risco para a Depressão, definidos de forma consistente, são: mulheres; indivíduos com outros transtornos psiquiátricos, incluindo o abuso de substâncias e o alcoolismo; indivíduos com história familiar de depressão; indivíduos com doenças médicas crônicas; desempregados ou indivíduos com baixo status socioeconômico. Embora a prevalência de transtornos depressivos seja menor em idosos do que em jovens adultos, sintomatologia depressiva significativa está associada a eventos de vida comuns em adultos mais velhos, incluindo doenças médicas, declínio cognitivo, o luto e a institucionalização do próprio em ambientes residenciais, como os lares de terceira idade (63).

Apesar de ser um diagnóstico frequente nos CSP, os clínicos falham na identificação da Depressão, pelo que programas de rastreio sistematizado poderiam representar uma mais-valia para estes pacientes subdiagnosticados. Está comprovado que existe benefício na combinação de testes de rastreio com a intervenção de profissionais na prestação de cuidados em adultos com Depressão. Contudo, não está claro se o rastreio representa em si uma parte imprescindível destes programas. Além disso, os estudos disponíveis não apoiam a sua aplicação, quando o apoio especializado adicional para a gestão e tratamento de doenças mentais não está disponível. A variabilidade nas taxas de deteção da doença, entre as unidades de cuidados primários, pode contribuir para a indefinição do papel do rastreio neste cenário (63).

Os mecanismos que condicionam o benefício destas intervenções são múltiplos. Passam, por exemplo, pela promoção de uma boa adesão ao tratamento, através de uma correta vigilância da resposta terapêutica e dos efeitos secundários associados. Passam ainda por ajustes terapêuticos oportunos e pela prestação de apoio psicossocial aos doentes (63).

Os idosos beneficiam do tratamento farmacológico antidepressivo e/ou de psicoterapia de forma comparável ou superior aos jovens adultos. Porém, pacientes mais velhos apresentam um risco reduzido de ideação ou comportamentos suicidas, sob tratamento antidepressivo, em contraste com os pacientes mais jovens. O risco de hemorragia digestiva alta (HDA) pode ser, ao invés, 2 a 3 vezes superior em pacientes idosos medicados com ISRS, particularmente nos indivíduos com antecedentes de HDA ou com uso recorrente de AINEs. Estes dados revelaram ser de elevada importância, dada a prevalência de consumo destes medicamentos, particularmente no idoso, frequentemente polimedicado (63).

O DOENTE CRÓNICO

Portugal figurava, em 2010, no 6º lugar de países da OCDE com maior percentagem de pessoas com mais de 65 anos: 17,87%. Em 1995, esta faixa etária representava já 14,73% da população total (64).

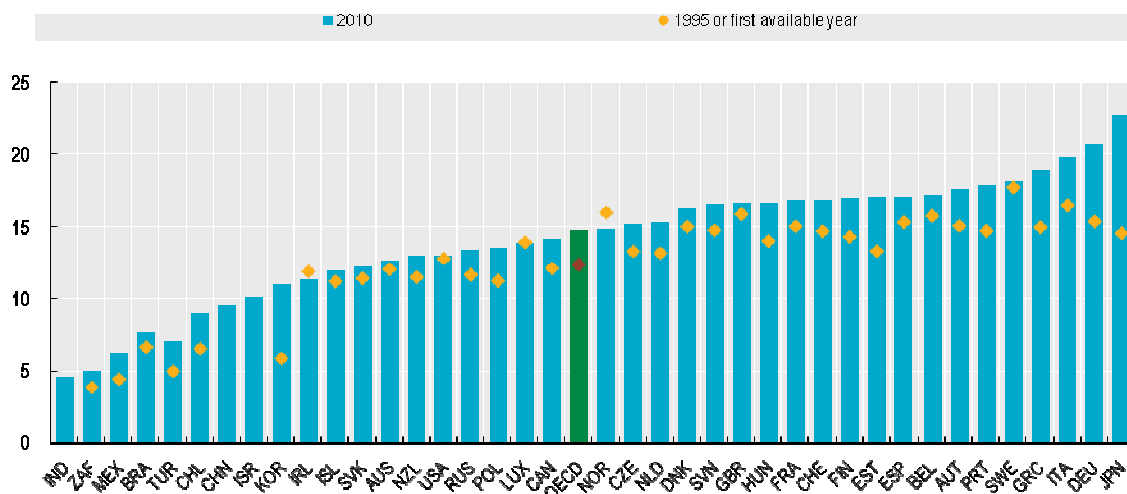


Figura 7 – População com mais de 65 anos por país em 1995 e em 2010 (64).

Este fenómeno tem, inevitavelmente, repercussões em vários setores, em particular, no setor da saúde. O aumento da esperança de vida tem como reverso da moeda o aumento das doenças crónicas degenerativas. Estas condicionam a qualidade de vida dos utentes e conduzem a maiores necessidades de cuidados de saúde (65).

Devido à precisão dos instrumentos diagnósticos, as doenças crónicas e degenerativas são detetadas cada vez mais e mais precocemente, o que leva a um ganho de tempo no tratamento ou no controlo da doença. Por outro lado, os cuidados médicos sofisticados fazem com que se viva cada vez mais, mas com maior número de anos com doença, ou seja, que exista uma aparente extensão da morbilidade (65).

As doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por cerca de 60% da mortalidade geral e por 47% do volume global de doença. A nova epidemia de doenças não transmissíveis

e causadoras de incapacidade desafia o poder de resposta e a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde a nível mundial. O crescimento rápido de doenças crónicas representa, para a OMS, um dos principais desafios ao desenvolvimento global. Os médicos, numa gestão eficiente de cuidados são, pois, chamados a desempenhar um papel de gestores da complexidade inerente ao doente com pluripatologias. (65).

As manifestações físicas e sociais das doenças crónicas resultam da interação simultânea e complexa de diferentes fatores de risco e/ou doenças em diferentes etapas. O diagnóstico de uma doença crónica rotula o doente para o resto da vida, tem implicações na sua rotina diária e coloca problemas específicos de seguimento e tratamento quer ao próprio, quer aos médicos. O curso natural e as intervenções terapêuticas de uma doença podem influenciar as eventuais doenças concomitantes. As pessoas que sofrem de doenças crónicas correm maior risco de vir a ter complicações e intervenções médicas parcialmente invasivas. A coexistência de outras doenças pode, potencialmente, alterar tanto a eficácia terapêutica como a evolução da doença primária, pondo em causa, nomeadamente, a sobrevida a longo prazo (65).

Vários estudos demonstram que estes doentes se encontram polimedicados e que a sua adesão à terapêutica, consoante as diferentes condições de saúde, é com grande variabilidade de cerca de 50%. Diversos autores chamaram a atenção para a limitada validade externa dos resultados dos estudos clínicos quando são excluídos doentes com características específicas. Frequentemente a comorbilidade é tratada como uma possível causa de heterogeneidade sendo por isso habitual excluírem-se estes doentes dos ensaios clínicos (65).

A extensão da comorbilidade aumenta progressivamente com a idade, sendo que os doentes com mais comorbilidade têm uma utilização de recursos de saúde superior em que quanto maior a comorbilidade, maior é o número de serviços solicitado e utilizado. A comorbilidade pode ainda afetar a funcionalidade, assim como a esperança de vida, podendo ser usada como

um indicador de prognóstico para a duração dos internamentos hospitalares. Por uma ou outra razão, estes doentes são frequentemente sujeitos a reinternamentos hospitalares (65).

Tanto o clínico como o paciente representam fatores que contribuem para a aderência aos programas de reabilitação que procuram a prevenção da deficiência e manutenção da função, o que traz implicações para o desenho e implementação destes programas comunitários. Prestar atenção precocemente em pacientes com baixa eficácia de base pode melhorar a realização destes programas e os resultados de saúde. A construção precoce de uma relação entre os dois intervenientes é também essencial. O clínico precisa contar com a necessidade de acompanhamento mais próximo de uma minoria de pacientes para o reforço da realização destes programas e melhoria dos resultados (66).

Sublinha-se também a necessidade de treinar e financiar mais prestadores de cuidados para estas minorias para garantir melhor relação com o idoso, e mais fundos e programas de treino para garantir melhores resultados de saúde. Com algumas semelhanças com o modelo centrado na pessoa de Klonoff's (2009), as recomendações para reduzir as tendências na prestação de cuidados de saúde incluem ver cada paciente como um indivíduo, prestando atenção aos seus estereótipos para que ele possa controlar a influência destes, mas incluem também o aumento da confiança dos profissionais de saúde em interagir com diferentes grupos étnicos, melhorando a empatia e tornando a interação no programa mais colaborativa, para melhor adesão às recomendações terapêuticas (66).

O DOENTE CRÓNICO NOS CSP

Os cuidados prestados pelos Médicos de Família incluem diversas atividades diagnósticas e terapêuticas, tanto na fase inicial da doença como no seu seguimento ao longo do tempo. Segundo o INS realizado em 1998/1999, a Medicina Geral e Familiar é a especialidade mais consultada, por ambos os sexos em todos os grupos etários, independentemente do tempo de duração do problema de saúde. De uma análise detalhada dos dados sobressai que, quanto mais velho é o inquirido e quanto maior é a duração do problema de saúde, maior é a procura desta especialidade relativamente às restantes, chegando ao ponto de os inquiridos com mais de 85 anos praticamente só consultarem este clínico (87,2% do total das consultas). Assim, em Portugal, tal como noutros países, a maioria dos doentes com doenças crónicas, com exceção das doenças pouco comuns, é seguida pelos Médicos de Família, quer para o problema crónico de saúde isolado, quer para situações de elevada comorbilidade. Alguns autores revelam que o número de visitas ao médico de família, devido à presença das doenças adicionais, é superior às efetuadas tendo por referência o diagnóstico inicial da doença considerada principal, exceto nos grupos com baixa comorbilidade (65).

Num estudo recente, foi proposta a associação entre o modelo organizacional dos CSP e a qualidade de vida dos utentes com doença crónica. Unidades com um atendimento mais estruturado e abrangente satisfazem pacientes com necessidades de saúde mais complexas (67).

O Médico de Família, pela proximidade ao doente crónico, encontra-se, por definição, numa posição privilegiada para restabelecer o controlo deste sobre a sua saúde e para melhorá-la. Procurar a perspetiva do paciente sobre como o médico de família pode intervir neste processo é um passo essencial para compreender este processo. Um estudo de opinião recente, mostrou que o envolvimento do clínico numa relação de parceria representa o contributo mais importante na tarefa de capacitação do doente. Promover o interesse do paciente no sistema de

cuidados de saúde foi também destacada. Os participantes do estudo consideraram ainda que ter a sua situação global levada em conta maximiza o impacto das intervenções do médico, torna legítimos os sentimentos do doente e reforça a esperança do doente (68).

ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Um estudo recente desenvolvido em 7 países europeus, entre os quais Portugal, sublinhou a relação entre o apoio social e as várias dimensões inerentes ao doente idoso. Definiram-se fatores relacionados com o aumento da perceção de suporte social, nomeadamente o recurso frequente aos serviços de saúde e um score baixo de queixas somáticas ou Depressão. Um fraco nível de apoio social, ao invés, foi associado ao perfil do idoso, do sexo masculino, em situação económica precária e exposto a maus tratos psicológicos. Na base destes resultados, as políticas de saúde e os clínicos poderiam contribuir desenvolvendo programas de intervenção adequada, com o objetivo de promover oportunidades de envolvimento social para estes pacientes (69).

Os serviços sociais são, pois, muito solicitados em alcoologia, pelo que se procura fazer uma abordagem individual e comunitária dos casos de alcoolismo, além da intervenção médica (46). A abordagem individual deve permanecer centrada na pessoa e nas suas dificuldades e facilitar uma inserção social duradoura. Tal exige que a autoestima do paciente seja trabalhada e que um apoio global seja mantido para o reforço da motivação. Será muitas vezes necessária abrir este processo à família e, eventualmente, evocar os dispositivos de rendimento social de inserção. A abordagem comunitária passa muitas vezes por grupos associativos, destinados a grupos mais ou menos específicos: não só aos idosos, mas também a

desempregados, mulheres sozinhas, jovens, entre outros. O seu modo de funcionamento evoca a contribuição de cada membro com as suas competências e experiência, e as atividades propostas procuram o exercício e a reaprendizagem de aptidões sociais (46).

Um estudo de 2006 questionava como seria o alcoólico em tratamento e a respetiva família encarados pela sociedade. Estes indivíduos, além do período de negação próprio, em que a própria família se compromete frequentemente, encontram também na sociedade uma margem de consentimento para os seus consumos. De facto, alcoólicos tratados acreditam que a sociedade tem um fraco nível de conhecimento sobre o alcoolismo. Além disso, afirmavam, perante o estudo, que temiam o regresso ao trabalho ou o momento de procurar um novo emprego após a tratamento. A maioria destes indivíduos, porém, afirmou sentir-se aceite pelo seu envolvente social e compreendida pelo seu universo de pessoas mais próximo, negando sentimentos de rejeição por parte da família, amigos ou colegas de trabalho (70).

Os resultados deste estudo admitiam ainda que a sociedade, na sua maioria, respeita a pessoa alcoólica tratada e respetiva família, assim como espera que as crianças da “família alcoólica” tenham acesso às devidas oportunidades de aprendizagem e de futuro trabalho. Ainda assim, muitos dos inquiridos consideraram que estas crianças têm, à partida, piores perspetivas de vida e uma suscetibilidade congénita para problemas do foro social. Metade dos inquiridos responderam não confiar no alcoólico sob tratamento (70).

A FAMÍLIA E O ALCOOLISMO CRÔNICO

Dado que os problemas relacionados com o consumo de álcool e de drogas ocorrem notoriamente no seio da família, ela representa um papel de maior importância nos processos de prevenção e de tratamento. É reconhecido que estes consumos estão intimamente ligados a outros problemas sociais como a violência doméstica, a criminalidade e os sem-abrigo. Como resultado destes problemas, muitos familiares próximos dos indivíduos alcoólicos ou toxicod dependentes, encontram-se eles próprios em situações de risco. Os membros da família devem ser, portanto, ajudados por direito próprio, uma vez também eles sintomáticos do problema. Por outro lado, a família deve ser convidada a fazer parte do tratamento dos seus membros como variável de potencial positivo (71).

Uma “família alcoólica” é geralmente descrita como uma família onde o caos e a inconsequência estão presentes e onde os papéis familiares são pouco claros. A criança, no seio desta família, dificilmente poderá ser poupada a uma experiência dramática. O cônjuge do indivíduo alcoólico, assim como os filhos, começam, com o evoluir da situação, a demonstrar características de codependência, ou seja, de uma atitude passiva perante o domínio do alcoolismo na família. A pessoa codependente desiste de ter iniciativas próprias, aceita uma visão não realista da situação e organiza a sua vida em torno dos episódios de consumo alcoólico, como o próprio alcoólico faz (70).

Um estudo holandês sobre o consumo alcoólico na família, revelou que quer pais quer filhos subestimam o consumo alcoólico dentro da família, em particular no que respeita às quantidades ingeridas. Foi sugerido que os pais têm perceções mais próximas da realidade quando o filho não tem consumos alcoólicos do que quando ele os tem. De facto, os resultados sugeriram que o consumo subestimado dos adolescentes tem relação com a falta de conhecimento e controlo parentais, nomeadamente entre as mães participantes no estudo. Os

filhos, por seu lado, revelaram maior capacidade de estimar a frequência e a quantidade de álcool ingerido pelos pais, mas não quando a ingestão era excessiva (72).

Resultados de uma investigação colombiana mostravam, em 2007, que um dos fatores determinantes na recuperação do alcoólico, com ou sem tratamento formal, é o apoio da família ou amigos. As pessoas com uma rede de apoio (família, amigos, trabalho) parecem abandonar o consumo mais facilmente e com menos ajudas profissionais. O contexto social determina fortemente a capacidade de superar situações de consumo abusivo, quer de álcool, quer de drogas. Para a maior parte dos participantes do estudo, o apoio familiar revelou-se um fator significativamente associado com a recuperação, em indivíduos sujeitos ou não a tratamento formal. Ainda assim, sublinha-se que o grupo sob tratamento mostrou ter melhor percepção da importância do fator social na sua recuperação, em comparação com o grupo que não recebeu tratamento formal (73).

Em todos os grupos analisados, o compromisso com as metas e os projetos de vida pessoal (sem consumo) revelou-se o motivo para a manutenção da abstinência ou do consumo moderado. Assim, estes resultados põem em evidência uma evolução dos processos cognitivos e emocionais dos referentes externos (perder os outros) e dos referentes internos (associados à realização pessoal do indivíduo, com locus de controlo interno). O medo de perder os vínculos familiares ou que a sua deteriorização progrida é, independentemente do tipo de tratamento recebido, um elemento importante na decisão de abandonar ou moderar o consumo de substâncias psicoativas. A existência de uma rede de apoio social seria, portanto, um fator de melhor prognóstico nos casos de recuperação de consumos (73).

No que respeita às intervenções familiares no âmbito do tratamento do consumo problemático de álcool e drogas, três tipos de intervenções foram definidas, conforme um estudo de 2005 (71):

- Intervenções que procuram envolver a família no compromisso de tratamento do consumidor;
- Intervenções centradas no tratamento do consumidor;
- Intervenções centradas nos membros da família afetados pelo comportamento do consumidor.

Em geral, os estudos sobre o potencial destas intervenções têm um pequeno número de participantes, grupos de fraco ou ausente controlo e limitadas taxas de acompanhamento durante curtos períodos de tempo (71).

Porém, apesar das limitações, concluiu-se haver fortes evidências que trabalhar com os membros da família promove, por um lado, o início do tratamento por parte do consumidor, nomeadamente no que respeita à ingestão de álcool, e, por outro, a eficácia do processo de tratamento. Estas abordagens parecem promissoras, apesar dos estudos sugerirem que, perante procedimentos demasiado elaborados, os familiares podem não prosseguir com o programa (71).

Ainda assim, todas as abordagens mostraram ter potencial positivo e não devem, portanto, ser excluídas de avaliação e desenvolvimento adicionais, nomeadamente a BCT (Terapia Comportamental de Casais) e a CRAFT (Reforço Comunitário e Terapia Familiar). Métodos em rede são, por seu lado, comparativamente novos e revelaram-se promissores, apesar de carecerem de uma rigorosa avaliação. Uma vantagem destes métodos é envolver terceiros, que não familiares, identificados na rede social do paciente, no processo de tratamento (71).

Outras abordagens, porém, sugerem que mesmo que o paciente não adira a um programa de tratamento, os resultados para os membros da família podem ser positivos, desde que a intervenção aplicada providencie ferramentas para a família lidar com os seus fatores de stress e para procurar o seu próprio bem-estar psicológico (71).

Atualmente, carece-se ainda de uma direção clara sobre os termos em que as intervenções familiares devem ser usadas na prática. Estamos perante um campo fragmentado, onde é difícil extrair comparações nos estudos realizados, dadas as diferenças entre os resultados mensurados e a variedade de medidas específicas usadas para os obter. Associado à falta de uma base conceptual e teórica de algumas das abordagens propostas, tudo isto limita a compreensão sobre como estas intervenções podem ajudar as unidades familiares, os membros da família e o consumidor. Uma das limitações mais significativas da literatura reside na ausência de bons exemplos de ensaios que sejam executados nas condições clínicas reais, pelo que, apesar das evidências, as terapias familiares não são usadas na prática clínica de rotina (71).

CONCLUSÃO

Várias décadas de estudos epidemiológicos confirmam que o Álcool responde como um dos fatores etiológicos evitáveis de maior peso nas sociedades atuais, mas também como um dos mais difíceis de combater. De modo sumário, o consumo nocivo de álcool não só tem consequências de natureza médica, psíquica e social para quem bebe, como também para a sua envolvente, da família à comunidade. Estes padrões de consumo têm consequências significativas em matéria de saúde pública, para além de gerarem custos no setor da saúde, tendo por isso efeitos negativos no desenvolvimento económico e na sociedade em geral. Os padrões de risco e nocivos de consumo de álcool são, portanto, um determinante de saúde fundamental e uma das principais causas de morte prematura e de doenças evitáveis. A evidência da prática clínica e vários estudos confirmam ainda as suas muitas consequências de ordem social, familiar, laboral e judicial.

Perante a situação em Portugal, é fundamental ter adequado conhecimento da realidade local, de forma a permitir a reflexão e a tomada de decisão acerca de medidas estratégicas e linhas de ação específicas de prevenção, controlo e tratamento deste problema de saúde pública.

Perante este cenário, as comunidades precisam de atuar em várias frentes; precisam não só de tratamentos farmacológicos e psicoterapias eficazes na abordagem das dependências alcoólicas francas, mas também de mobilizar todos os profissionais de saúde para o combate do Alcoolismo e suas consequências. Os Cuidados de Saúde Primários são, pois, chamados a intervir, nos diferentes tipos de consumo dos seus utentes, assim como a esclarecer a não-benignidade da ingestão alcoólica. Os CSP beneficiam de uma proximidade ao utente que não existe nos Cuidados Hospitalares, o que, portanto, viabiliza mais oportunidades de

diagnóstico e de intervenção. O médico de família, pelas características da posição que assume, está no lugar por excelência para informar, para prevenir e para atuar.

Assim, no que respeita à Prevenção Secundária, desenvolveram-se programas de deteção e de intervenção ativa, que procuram chegar ao doente com consumos de risco ou consumos nocivos de álcool, numa tentativa de inverter o processo de alcoolização. De resto, o Alcoolismo cumpre os critérios de patologia rastreável: condiciona uma morbidade importante; dispõe de tratamento eficaz; esse tratamento, se iniciado em indivíduos em risco ou nas fases precoces da doença, é mais eficaz do que o tratamento iniciado posteriormente; e por fim, a prevalência na comunidade justifica largamente o custo de uma intervenção precoce.

As Deteções Precoces são instrumentos que permitem um rastreio sistemático de PLA. O CAGE, o AUDIT e as suas variantes (AUDIT-C, Five-Shot) surgem como os mais eficazes. Consistem em questionários de resposta rápida que possibilitam rastrear o indivíduo no espaço de consulta. A deteção deve ter lugar apenas em espaços onde uma intervenção possa ser feita, no imediato ou pouco tempo depois, se perante um consumo de risco ou nocivo. Não estabelece, contudo, o diagnóstico.

O AUDIT merece especial destaque por ter sido construído de forma a ser adequado aos CSP, permitindo detetar níveis variados de consumo de uma forma rápida e simplificada. A sua utilização original encontrou uma sensibilidade de 97% e uma especificidade de 78% para consumo de risco e uma sensibilidade de 85% e especificidade de 85% para consumo nocivo, quando um *cut-off* maior ou igual a oito foi usado. A sua tradução e validação para a língua portuguesa mostraram-se igualmente adequadas para a identificação de indivíduos com consumo excessivo de álcool na população estudada. O AUDIT-C, que corresponde às três primeiras questões de quantificação do AUDIT, revelou valores equivalentes de sensibilidade e especificidade para detetar consumo de risco, pelo que uma avaliação mais completa com os

demais itens do AUDIT pode estar indicada para cut-offs iguais ou superiores a 5 e 4, respetivamente em homens e mulheres.

As Deteções Precoces, nomeadamente com recurso ao AUDIT, podem ser aplicadas durante o registo de um novo doente, antes de prescrever um medicamento que interage com o álcool ou em resposta a problemas clínicos e sociais que podem estar relacionados com o consumo de álcool.

A par dos questionários de rastreio, provas laboratoriais, como o VGM, as transaminases hepáticas e a CDT, são utilizadas pelos clínicos, uma vez que valores elevados denunciam geralmente o alcoólico. Contudo, e apesar das tentativas de rastreio através da combinação de testes bioquímicos, estas provas carecem ainda de sensibilidade diagnóstica.

Verifica-se, no entanto, que ao nível dos CSP o rastreio se encontra em níveis bastante inferiores ao desejado. Os médicos alegam conhecimento e capacidades insuficientes para lidar com o problema, noções pessimistas acerca da utilidade do rastreio, tempo de consulta reduzido e receio que os seus doentes se sintam ofendidos com as questões e por isso, conseqüentemente, acabe por fragilizar a relação médico-doente.

Num segundo momento, surgem as Intervenções Breves (BI), uma ferramenta terapêutica posta em prática durante a oportunidade que a consulta representa, sob o objetivo de oferecer aconselhamento e assistência para reduzir o consumo ou manter a abstinência. É importante que o médico seja sensível à fase de consciência em que o paciente se encontra, de forma a adequar a intervenção. Nesse sentido, a Entrevista Motivacional surge como a abordagem mais adequada, na medida em que evita dar conselhos diretos e permite que seja o doente a conduzir o processo, evitando a confrontação mas procurando sempre alcançar a fase de mudança.

Porém, e dado que a consulta de Medicina Geral e Familiar é uma situação limitada pelo tempo disponível, o clínico dispõe de técnicas de Aconselhamento Estruturado Breve: uma alternativa de Intervenção Breve que passa pela exposição de um conjunto standard de informação.

Esta revisão concluiu, porém, que as Intervenções Breves não são técnicas certificadas para a redução dos PLA: faltam evidências empíricas para que sejam certificadas e generalizadas a nível comunitário. Falta provar a magnitude dos seus efeitos de forma a justificá-las como medida de Saúde Pública, mas falta também provar o seu efeito de temporalidade, por não haver estudos sobre os seus efeitos a longo prazo. Além disso, é preciso compreender as particularidades das populações e comunidades, pois nem todas responderão de forma igual. Por outro lado, será importante determinar os componentes mínimos necessários de uma BI eficaz, na prática médica, em que pode haver desvio do protocolo terapêutico.

No entanto, considera-se que o médico de família não deve demitir-se de intervir nas situações com potencial de evolução para dependência ou outras doenças graves decorrentes do consumo alcoólico. Por outras palavras, mesmo que as Intervenções Breves não pareçam justificar-se como medida de Saúde Pública, elas podem representar uma ajuda no processo de consciencialização do utente dos CSP e este pode tirar vantagens da intervenção atempada do médico de família.

Inevitavelmente, temos hoje que lidar com as consequências tardias dos consumos abusivos e prolongados do Álcool. O Médico de Família e todos os profissionais de CSP precisarão não só de intervir num plano de Prevenção Secundária, mas também saber gerir as situações de doença e os problemas familiares e sociais decorrentes do Alcoolismo, ou seja, num plano de Prevenção Terciária. Mesmo o indivíduo que conquistou a abstinência precisará de cuidados, nomeadamente para se manter sóbrio. As patologias hepáticas, cardiovasculares, neurológicas

e psiquiátricas encabeçam a lista de complicações do consumo alcoólico que o clínico deverá saber identificar, tratar e eventualmente referenciar para os Cuidados Secundários.

De facto, estes pacientes detêm um elevado potencial para o desenvolvimento de multipatologias crónicas. O aumento da esperança de vida e a capacidade diagnóstica atual inflacionam ainda mais esta condição de maior longevidade, com maior número de anos com doença. O doente alcoólico não é exceção, pelo que o Alcoolismo e suas consequências, combinados com outras comorbilidades próprias do envelhecimento, culminam numa perda significativa da qualidade de vida e em custos elevados de reabilitação e tratamento.

Neste cenário, o Médico de Família é chamado não só a dar encaminhamento terapêutico ao Alcoolismo e às suas consequências somáticas e psiquiátricas, mas também a lidar com a potencial Realcoolização do doente e com a necessidade de canalizar os serviços de apoio comunitário e social para abordagem conjunta do problema. Os grupos de apoio, nomeadamente os Alcoólicos Anónimos, revelaram-se como um dos parceiros de maior sucesso na manutenção da abstinência no indivíduo recuperado.

Finalmente, esta revisão não estaria completa se não fosse ponderada a família no processo de acompanhamento do alcoólico. O Alcoolismo tem implicações na dinâmica familiar, provocando sofrimento para todos os membros. O Médico de Família terá de saber lidar não só com o doente, mas eventualmente com o familiar afetado pelo problema. As alternativas de terapia familiar não procuram apenas promover o início e o sucesso do tratamento do paciente, mas também ajudar a família a lidar com o stress e a salvaguardar o seu bem-estar individual. Porém, esta é uma área em desenvolvimento, onde faltam bases conceptuais e teóricas e bons exemplos na literatura sobre a sua aplicação nas condições clínicas reais. Não se deixa de verificar, contudo, que a presença de uma rede de apoio, nomeadamente constituído pela família próxima, constitui um fator de bom prognóstico para a abstinência do alcoólico.

No balanço desta revisão, e dada a dimensão dos PLA no contexto nacional, propõe-se o debate sobre o potencial de medidas de formação e de implementação dos instrumentos de prevenção secundária, nomeadamente do AUDIT e das Intervenções Breves. Precisamos, por um lado, de esclarecer os profissionais de saúde, nomeadamente no âmbito dos CSP, sobre a eficácia deste tipo de medidas, e por outro certificar e adaptar estas intervenções à população portuguesa e às diferentes comunidades urbanas e rurais, sem esquecer as particularidades de algumas minorias residentes no país. O despertar para a necessidade de intervir não só na prevenção primária, mas também em fases tardias do contacto com o álcool é um passo indispensável no processo de combate ao Alcoolismo.

ANEXOS

ANEXO A – CAGE (74)

Pontuação: As opções de resposta são **Sim** ou **Não**. Atribui-se 1 ponto a cada resposta positiva e resultados iguais ou superiores a 2 pontos indicam provável consumo excessivo de álcool.

- Já lhe aconteceu ter que beber logo ao levantar, para aliviar a sensação de mal estar?
- Já pensou que deveria reduzir ou deixar de ingerir bebidas alcoólicas?
- Já alguma vez se sentiu desgostoso ou triste com o seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?
- Já se sentiu desagradado com os comentários que outras pessoas tenham feito sobre os seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

ANEXO B – AUDIT (33)

Pontuação: Em cada pergunta, deve ser marcado apenas um número. As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados estão compreendidos entre 0 e 40 .

1. Com que frequência consome bebidas alcoólicas?

0 = nunca

1 = uma vez/mês ou menos

2 = duas a quatro vezes/mês

3 = duas a três vezes/semana

4 = quatro ou mais vezes/semana

2. Quando bebe, quantas bebidas alcoólicas consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = de sete a nove

4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas alcoólicas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de um vez/mês

2 = pelo menos uma vez/mês

3 = pelo menos uma vez/semana

4 = diariamente ou quase

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber bebidas alcoólicas depois de começar?

0 = nunca

1 = menos de um vez /mês

2 = pelo menos uma vez/mês

3 = pelo menos uma vez/semana

4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido bebidas alcoólicas?

0 = nunca

1 = menos de um vez /mês

2 = pelo menos uma vez /mês

3 = pelo menos uma vez/semana

4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber bebidas alcoólicas logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = menos de um vez/mês

2 = pelo menos uma vez/mês

3 = pelo menos uma vez/semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez/mês

2 = pelo menos uma vez/mês

3 = pelo menos uma vez/semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez/mês

2 = pelo menos uma vez/mês

3 = pelo menos uma vez/semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de bebidas alcoólicas ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO C – FIVE-SHOT (74)

1. Com que frequência consome bebidas alcoólicas?

1 = nunca

2 = uma vez/mês ou menos

3 = duas a quatro vezes/mês

4 = duas a três vezes/semana

5 = quatro ou mais vezes/semana

2. Quando bebe, quantas bebidas alcoólicas consome num dia normal?

1 = uma ou duas

2 = três ou quatro

3 = cinco ou seis

4 = de sete a nove

5 = dez ou mais

3. Já alguém o criticou por beber?

1 = Não

2 = Sim

4. Já se sentiu mal ou com sentimento de culpa pelo facto de beber?

1 = Não

2 = Sim

5. Já, alguma vez bebeu logo de manhã para acalmar os nervos ou curar uma ressaca?

1 = Não

2 = Sim

ANEXO D – As Doze Tradições (Alcoólicos Anônimos) (75)

1. O nosso bem-estar comum deverá estar em primeiro lugar; a recuperação pessoal depende da unidade de AA.
2. Para o propósito do nosso Grupo existe apenas uma autoridade fundamental: um Deus de amor tal como Ele se expressa na nossa consciência de Grupo. Os nossos líderes são apenas servidores de confiança; eles não governam.
3. O único requisito para ser membro de AA é a vontade de parar de beber.
4. Cada Grupo deverá ser autónomo, exceto em assuntos que afetem outros Grupos ou AA como um todo.
5. Cada Grupo tem apenas um propósito primordial - levar a sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.
6. Um Grupo de AA nunca deverá endossar, financiar ou emprestar o nome de AA a nenhuma entidade parecida ou empreendimento alheio, para evitar que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio nos afastem do nosso propósito primordial.
7. Todos os Grupos de AA deverão ser inteiramente autossuficientes, recusando contribuições de fora.
8. Alcoólicos Anônimos jamais deverá ter um caráter profissional, mas os nossos centros de serviço podem empregar pessoal especializado.
9. Alcoólicos Anônimos, como tal, nunca deverá organizar-se, mas podemos criar juntas ou comissões de serviço diretamente responsáveis perante aqueles que servem.
10. Alcoólicos Anônimos não emite opinião sobre assuntos alheios à Comunidade; portanto o nome de AA nunca deverá aparecer em controvérsias públicas.

11. A nossa política de relações públicas baseia-se na atração em vez da promoção; precisamos de manter sempre o anonimato pessoal na imprensa, na rádio e no cinema.
12. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre de colocar os princípios acima das personalidades.

ANEXO E – Os Doze Passos (Alcoólicos Anónimos) (50)

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que as nossas vidas se tinham tornado ingovernáveis.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos nos poderia restituir a sanidade.
3. Decidimos entregar a nossa vontade e a nossa vida aos cuidados de Deus, como O concebíamos.
4. Fizemos, sem medo, um minucioso inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós próprios e perante outro ser humano a natureza exata dos nossos erros.
6. Dispusemo-nos inteiramente a aceitar que Deus nos libertasse de todos estes defeitos de carácter.
7. Humildemente Lhe pedimos que nos livrasse das nossas imperfeições.
8. Fizemos uma lista de todas as pessoas a quem tínhamos causado danos e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.
9. Fizemos reparações diretas a tais pessoas sempre que possível, exceto quando fazê-lo implicasse prejudicá-las ou a outras.
10. Continuámos a fazer o inventário pessoal e quando estávamos errados admitíamo-lo imediatamente.
11. Procurámos através da oração e da meditação melhorar o nosso contacto consciente com Deus, como O concebíamos, pedindo apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós e a força para a realizar.
12. Tendo tido um despertar espiritual como resultado destes passos, procurámos levar esta mensagem a outros alcoólicos e praticar estes princípios em todos os aspetos da nossa vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, o Dr. Hernâni Caniço, pela disponibilidade e apoio prestado e ao Prof. José Manuel Silva por aceitar o convite de coorientação. Agradeço também a Ernestina Martins e Germano Martins pelo incentivo e pelas suas opiniões construtivas.

BIBLIOGRAFIA

1. **WHO.** *Global status report on alcohol and health 2011.* Geneva : World Health Organization, 2011.
2. **World Advertising Research Council.** *World Alcohol Consumption 2005.* London : World Drinking Trends, 2005.
3. **Balsa, C, et al.** *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral: Portugal 2007.* Lisboa : CEOS/FCSH/UNL, 2008.
4. **I.D.T.** *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012.* s.l. : Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2010.
5. **Anderson, P and Baumberg, B.** *Alcohol in Europe.* London : Institute of Alcohol Studies, 2006.
6. **WHO.** *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward.* Copenhagen : WHO/Regional Office for Europe, 2005.
7. **Alto Comissariado da Saúde.** *Evolução dos indicadores do PNS 2004-2009.* s.l. : Ministério da Saúde, 2010.
8. **WHO.** *European Alcohol Action Plan 2000-2005.* Copenhagen : WHO/Regional Office for Europe, 2000.
9. **Anderson, P.** *Reducing Drinking and Driving: Report.* London : Institute of Alcohol Studies/DHS, 2008. 3-937587-05-5.
10. **WHO.** *Global status report on alcohol 2004.* Geneva : WHO/Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004.
11. —. *Lexicon of alcohol and drug terms.* Geneva : World Health Organization, 1994.
12. **WHO Expert Committee.** *Problems related to alcohol consumption.* Geneva : World Health Organization, 1980.

13. **WHO Regional Office for Europe.** *European Alcohol Action Plan.* Copenhaga : OMS, 1992.
14. *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários.* WHO. Alma-Ata : WHO, 1978.
15. **Lima, M. F. Clemente and Ribeiro, C.** Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados primários de saúde. *Rev Port Clin Geral.* 2008, Vol. 24, pp. 317-22.
16. **Miguel, Luís Silva and de Sá, Armando Brito.** *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir.* 2010 : Alto Comissariado da Saúde, 2010.
17. **WHO.** *Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais que Nunca.* Geneva : WHO, 2008.
18. **Kaner, E F S, Heather, N and McAvoy, BR.** Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English General Practitioners. *Alcohol & Alcoholism.* 1999, Vol. 34, pp. 559-556.
19. **Campos, Pedro Pereira and Ribeiro, Cristina.** Rastreo do consumo de álcool nos Cuidados de Saúde Primários – atitudes dos utentes. 2012, Vol. 28, pp. 98-104.
20. **Bien, TH, Miller, WR and Tonigan, JS.** Brief interventions for alcohol problems: a review. 1993, Vol. 88, pp. 315-36.
21. **Babor, T, et al.** *The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care.* Second. Geneva : WHO Department of Mental Health and substance dependence, 2001.
22. **Nogueira, T Sá and Ribeiro, C.** Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. *Rev Port Clin Geral.* 2008, Vol. 24.
23. **de Mello, Maria Lucília Mercês, Barrias, José Carvalho and Breda, João Joaquim.** *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal.* Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2001.
24. **Lafortune, Denis and Kiely, Margaret C.** "Prévention primaire des psychopathologies" : appellation contrôlée. *Santé mentale au Québec.* 1989, Vols. vol. 14, n° 1.

25. **Stewart, SH and Connors, GJ.** Screening for alcohol problems: what makes a test effective? *Alcohol Res Health.* 2004, Vol. 28, pp. 5-16.
26. **Pilowsky, Daniel J and Wu, Li-Tzy.** Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 2012, Vol. 3, pp. 25–34.
27. **Ribeiro, C.** Álcool: impactos no indivíduo e na sociedade - que papel para os cuidados de saúde primários? *Rev Port Clin Geral.* 2008, Vol. 24, pp. 269-74.
28. **Miller, PM, Thomas, SE and Mallin, R.** Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol Alcohol.* 2006, Vol. 41, pp. 306-10.
29. **Ewing, JA.** Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA.* 1984, Vol. 252, pp. 1905-1907.
30. **Mayfield, D, McLeod, G and Hall, P.** The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1974, Vol. 131, pp. 1121-1123.
31. **Chan, AW, Pristach, EA and Welte, JW.** Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *Journal of substance abuse.* 1994, pp. 123-135.
32. **Cunha, JR.** *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool.* s.l. : Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul., 2002.
33. **Gomes, Cristina Maria Pires Ribeiro.** *A MEDICINA GERAL E FAMILIAR E A ABORDAGEM DO CONSUMO DE ÁLCOOL: Detecção e Intervenções Breves no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.* Lisboa : Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.

34. **Claussen, B and Aasland, OG.** The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction*. 1993, Vol. 88, pp. 363-8.
35. *Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse and dependence in a general practice population.* **Aertgeerts, B, et al.** 206–217, Leuven : The British Journal of General Practice, 2001, Br J Gen Pract, Vol. 51, pp. 51:206-17.
36. **Nelson, CB, Kessler, RC and Mroczek, D.** *Scoring the World Health Organisation's Composite International Diagnostic Interview short form.* Geneva : WHO, 2001.
37. **Hietala, Johanna, et al.** COMPARISON OF THE COMBINED MARKER GGT–CDT AND THE CONVENTIONAL LABORATORY MARKERS OF ALCOHOL ABUSE IN HEAVY DRINKERS, MODERATE DRINKERS AND ABSTAINERS. *Alcohol and Alcoholism*. 2006, Vol. 51, pp. 528-533.
38. **Niemelä, O.** Biomarkers in alcoholism. *Clin Chim Acta*. 2007, Vol. 377.
39. **Kaner, E, Newbury-Birch, D and Heather, N.** Brief intervention. In Evidence-based Addiction Treatment. *Miller P. Burlington: Academic*. 2009, pp. 189–213.
40. **Kaner, E, et al.** Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007.
41. **Prochaska, J and DiClemente, CC.** Towards a comprehensive model of change. [book auth.] W Miller and N Heather. *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York : Plenum Press, 1986, pp. 3–27.
42. **Heather, N.** Breaking new ground in the study and practice of brief alcohol interventions. *Drug Alcohol Rev*. 2010, Vol. 29, pp. 584–588.
43. —. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? *Addiction Science & Clinical Practice*. 2012.

44. **Wilson, Graeme B., Heather, Nick and Kan, Eileen F. S.** New Developments in Brief Interventions to Treat Problem Drinking in Nonspecialty Health Care Settings. *Curr Psychiatry Rep.* 2011, Vol. 13, pp. 422–429.
45. **de Almeida, Lúcio Meneses.** Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em saúde.* 2005, Vol. 23.
46. **Kiritzé-Topor, Paul and Bénard, Jean-Yves.** *Guia Prático Climepsi de Alcoologia.* [trans.] Rita Rocha. 1ª Edição. Lisboa : Climepsi Editores, 2007. pp. 149-153, 176-180.
47. **Alcoólicos Anónimos Portugal.** Resumo Informativo sobre AA. *Alcoólicos Anónimos - Portugal.* [Online] OZZmedia, 2011. Tradução de AA Fact File" (Abridged), Alcoholics Anonymous World Services, Inc.1995. <http://www.aaportugal.org/resumo-informativo-sobre-aa.html>.
48. **Krentzman, Amy R., et al.** How Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous: (NA) Work: Cross-Disciplinary Perspectives. *Alcohol Treat Q.* 2010, Vol. 29, 1.
49. **Ferri, M, Amato, L and Davoli, M.** Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2006, Vol. 19, 3.
50. **Alcoólicos Anónimos Portugal.** O que são os Doze Passos? *Alcoólicos Anónimos - Portugal.* [Online] OZZmedia, April 27, 2011. <http://www.aaportugal.org/44-perguntas/485-o-que-sao-os-doze-passos.html>.
51. **Kaskutas, Lee Ann.** Alcoholics Anonymous Effectiveness: Faith Meets Science. *Journal of Addictive Diseases.* 2009, Vol. 28, 2.
52. **Blonigen, Daniel M, et al.** Alcoholics Anonymous Attendance, Decreases in Impulsivity, and Drinking and Psychosocial Outcomes over 16 Years: Moderated-Mediation from a Developmental Perspective. 2011, Vol. 106, 12.

53. **National Collaborating Centre for Mental Health.** *ALCOHOL-USE DISORDERS: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence.* London : The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2011. pp. 155-159.
54. **Bleibel, Wissam and Al-Osaimi, Abdullah M. S.** Hepatic Encephalopathy. 2012, Vol. 8.
55. **Bismuth, M, et al.** Hepatic encephalopathy: from pathophysiology to therapeutic management. 2011.
56. **Neff, G.** Factors affecting compliance and persistence with treatment for hepatic encephalopathy. *Pharmacotherapy.* 2010.
57. **Hall, M.** Alcoholism & depression. *Home Healthc Nurse.* 2012.
58. **Conner, KR, Piquart, M and Gamble, SA.** Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2009.
59. **DeVido, JJ and Weiss, RD.** Treatment of the depressed alcoholic patient. *Current psychiatry reports.* 2012, Vol. 14, 6.
60. **Pitchot, W, Scantamburlo, G and Ansseau, M.** Clinical and therapeutical approach of depression in old age. *Revue médicale de Liège.* 2012, Vol. 67.
61. **Schuckit, MA, Smith, TL and Kalmijn, J.** Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related problems over 30 years in 397 families. *Journal of studies on alcohol and drugs.* 2013, Vol. 74.
62. **Thoma, P, Friedmann, C and Suchan, B.** Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews.* 2013.
63. **O'Connor, EA, et al.** Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review [Internet]. *Agency for Healthcare Research and Quality (US).* 2009, Vol. 75.

64. **OCDE.** Elderly population by region. *OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*. s.l. : OCDE, 2013.
65. **dos Santos, Maria Isabel Pereira.** *A Comorbilidade em Medicina Geral e Familiar - doente com patologia múltipla em medicina geral e familiar: Comorbilidade de 4 doenças crónicas*. s.l. : Laboratórios Bial, 2006. 978-989-95520-4-3.
66. **Dossa, Alma and Capitman, John A.** Community-Based Disability Prevention - Programs for Elders: Predictors of Program Completion. *Journal of Gerontological Social Work*. 2010.
67. **Feldman, Debbie Ehrmann, et al.** Primary Healthcare Organization and Quality-of-Life Outcomes for Persons with Chronic Disease. *Health Care Policy*. 2012, Vol. 7.
68. **Hudon, C, et al.** Family physician enabling attitudes: a qualitative study of patient perceptions. *BMC Fam Pract*. 2013.
69. **Melchiorre, Maria Gabriella, et al.** Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in seven european countries. *PLOS ONE*. 2013, Vol. 8, 1.
70. **Sulek, J, et al.** Attitude toward Alcoholics and their families. *Journal of physiology and pharmacology*. 2006, Vol. 4, 349-58.
71. **Copello, Alex G., Velleman, Richard D. and Templeton, Lorna J.** Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *J Subst Abuse Treat*. 2005, Vol. 24, 0959-5236, pp. 369 – 385.
72. **Engels, RC, et al.** Correspondence in collateral and self-reports on alcohol consumption: a within family analysis. *Addictive behaviors*. 2007, Vol. 32, 1016-30.
73. **Gómez, Augusto Pérez and Sierra Acuña, Diana Raquel.** Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol. *Adicciones*. 2007, Vol. 19.

74. **Gomes, Cristina Maria Pires Ribeiro.** Papel do médico de família na deteção e intervenção nos problema ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Port Clínica Geral.* 2008, Vol. 20.

75. **Alcoólicos Anónimos Portugal.** O que são as Doze Tradições? *Alcoólicos Anónimos - Portugal.* [Online] OZZmedia, April 27, 2011. <http://www.aaportugal.org/44-perguntas/486-o-que-sao-as-qdoze-tradicesq.html>.